Prefeitura Municipal de Congonhas

ESTADO DE MINAS GERAIS

13/11/2023 14:34

ASSUNTO
DIRETORIA DE CONVÊNIOS
null
ASSOCIAÇÃO PROTETORES DOS ANIMAIS DE RUA DE

PROCESSO
NÚMERO 0009074-007/2021 ANO

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 004192

Processo: PMC/ 9074-006/2021

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 VII do Processo Administrativo descrito acima, que vai numerado a partir da Folha Nº 4192.

Congonhas, 13 DE NOVEMBRO DE 2023.

Nome: MARIA BEATRIZ GABRIEL LIMA SANTANA

Cargo/Função: ASSESSOR

Matrícula Nº.: 20144236

004193

Ofício nº PARC/016/2023

Congonhas, 16 de agosto 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 6ª e 7ª parcelas repassadas pelo município, em conformidade com o Segundo Termo Aditivoao Termo de Fomento nº. 03/2021.

Atenciosamente.

Wagner Magalhães de Assis

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

RECEBEMOS EM 16.08.23.

Assinatura.

DECLARAÇÃO

Congonhas, 16 de agosto 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

DECLARAÇÃO

Congonhas, 16 de agosto 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 queserá apresentado depósito de R$214,35na conta 3005-5, da PARC, na prestação de contas referente ao mês de agosto, para ressarcimento das seguintes despesas:

R$55,00 de tarifas bancárias do mês de julho.
R$156,45 + R$2,90 referentes ao valor de R$1.129,35 pago à Administradora Santo Antônio Ltda. no dia 31/07/2023.

Esclarecemos que, no dia 14/07/2023 foi pago à Realpharma Distribuidora de Medicamentos Ltda. o valor de R$2.325,65. Porém, a empresa já havia emitido a NF 000.060.015, no valor de R$3.031,13, mas 2 produtos foram entregues e depois recolhidos porque não condiziam com os produtos orçados pela PARC: fio de sutura Poliglactina 2-0 e fio de sutura Poliglactina 3-0. Então, a empresa emitiu a NF 000.060.253, de "devolução venda de mercadoria adquirida", no valor de R$705,48.Portanto, o valor pago e entregue em produtos corresponde a R$2.325,65.

Esclarecemos que no dia 25/07/2023 foi pago à empresa Agrocampo Giordani Comércio de Produtos Agropecuários Ltda. o valor de R$384,56, referente ao valor líquido dos 2 produtos entregues. Embora a NF 000058182 tenha o valor de R$464,74, foi pago a mais somente o frete no valor de R$42,68, à parte.

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

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

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: JULHO/2023

Prestação de Contas

Parcial	Execução das parcelas nº. 6 e 7	Final ou Única	
Único	01 a 31/07/2023	Período	___/___/___ a ___/___/___

FÍSICO = PORCENTAGEM DOS GASTOS

Meta	Etapa Fase	Descrição	Unidade	Realizado no Período		Realizado até o Período	
				Programado	Executado	Programado	Executado
Tratamento e castração dos animais de rua de Congonhas	1	Medicamentos para tratamento e castração	mês	100%	9,74%	100%	87,71%
	2	Profissionais					
	2.1	2 veterinários - 30h/sem	mês	100%	8,33%	100%	60,96%
	2.2	2 auxiliares	mês	100%	8,43%	100%	62,57%
	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%	8,33%	100%	51,97%
	2.4	1 recepcionista	mês	100%	9,31%	100%	69,40%
	3	Exames	mês	100%	6,18%	100%	15,82%
	4	Combustível	mês	100%	9,83%	100%	61,81%

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
Tratamento e castração dos animais de rua de Congonhas	1	Medicamentos para tratamento e castração	mês	72.000,00	7.017,59	72.000,00	63.167,35
	2	Profissionais					
	2.1	2 veterinários - 30h/sem	mês	144.000,00	12.000,00	144.000,00	87.800,00
	2.2	2 auxiliares	mês	37.800,00	3.190,00	37.800,00	23.655,10
	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	4.550,00	54.600,00	28.381,60
	2.4	1 recepcionista	mês	16.200,00	1.509,60	16.200,00	11.246,00
	3	Exames	mês	30.000,00	1.854,76	30.000,00	4.749,57
	4	Combustível	mês	12.000,00	1.179,73	12.000,00	7.419,36
TOTAL GERAL				366.600,00	31.301,68	366.600,00	226.418,98

Congonhas, 16 de agosto de 2023

Executor

Responsável pelo preenchimento

004197

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

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: JULHO/2023

Prestação de Contas

Parcial	Execução das parcelas nº. 6 e 7		Final ou Única	
Parcial	01 a 31/07/2023	Período	____ / ____ / ____ a ____ / ____ / ____	

FÍSICO = PORCENTAGEM DOS GASTOS

Meta	Etapa Fase	Descrição	Unidade	Realizado no Período		Realizado até o Período	
				Programado	Executado	Programado	Executado
Tratamento e dos de	5	Aluguel de uma área para funcionamen do canil/gatil até a construção do canil/ gatil definitivo	mês	100%	7,50%	100%	45%
	6	Aluguel de uma casa para funcionamen da clínica veterinária	mês	100%	9,41%	100%	48,65%
	7	Recurso para pagamento às clínicas	-	100%	0,00%	100%	103,14%
	8	Veículo (manutenção/seguroi/impostos/ garagem)	-	100%	0,00%	100%	22,98%
	9	Alimento para cães e gatos	-	100%	0,00%	100%	100,37%
	10	Equipamentos/insumos para a clínica	-	100%	0,00%	100%	76,07%

0

Meta	Etapa Fase	Descrição	Unidade	Realizado no Período		Realizado até o Período	
				Total item PT	Valor gasto PC	Total item PT	TOTAL
Tratamento e dos de	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	10.800,00
	6	Aluguel de uma casa para funcionamen da clínica veterinária	mês	12.000,00	1.129,35	12.000,00	5.838,43
	7	Recurso para pagamento às clínicas	-	170.000,00	0,00	170.000,00	175.350,00
	8	Veículo (manutenção/seguroi/impostos/ garagem)	-	10.000,00	0,00	10.000,00	2.298,80
	9	Alimento para cães e gatos	-	60.000,00	0,00	60.000,00	60.227,08
	10	Equipamentos/insumos para a clínica	-	30.000,00	0,00	30.000,00	22.824,12
TOTAL GERAL				306.000,00	2.929,35	306.000,00	277.338,43

Congonhas, 16 de agosto de 2023

Executor

Responsável pelo preenchimento

004198

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

ANEXO F

Execução da Receita e da Despesa

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

Prestação de Contas

Parcial	Execução das parcelas nº. 6 e 7	Final ou Única	
Período	01 a 31/07/2023	Período	____/____/____ a ____/____/____

RECEITA Valores Recebidos Inclusive os Rendimentos		DESPESA Despesas Realizadas Conforme Relação de Pagamentos	
DISCRIMINAÇÃO	VALOR	CREDOR	VALOR
PMC	67.100,00	KARINE GOULART MAIA	2.450,00
Rendimento líquido (bruto - IR - IOF)	32,82	HEMOLAB LABORATÓRIO DE PATOLOGIA CLÍNICA LTDA.	1.854,76
		GERALDO SOARES DE OLIVEIRA	1.800,00
		REALPHARMA DISTRIBUIDORA DE MEDICAMENTOS LTDA. - EPP	4.040,55
		PIOVETSS COMÉRCIO PET LTDA.	2.592,48
		REDE RETA LTDA.	1.179,73
		AGROCAMPO GIORDANI COMÉRCIO DE PRODUTOS AGROPECUÁRIOS L	384,56
		ADMINISTRADORA SANTO ANTÔNIO LTDA.	1.129,35
		SABRINA BARRETO DEMARCHI MOREIRA	1.500,00
		GEZEBEL CONCEIÇÃO SOUZA SILV/ GEZEBEL CONCEIÇÃO SOUZA SILV/	750,00
		LUCIMAR APARECIDA ANDRADE DA CRUZ	1.350,00
		PEDRO HENRIQUE VASCONCELOS SILVA	1.690,00
		ANA FLÁVIA SILVA BARROS	1.509,60
		LUCAS ROCHA DIAS	6.000,00
		ISABELLA GONÇALVES ARRUDA BARBOSA	6.000,00
TOTAL GERAL	67.132,82		34.231,03

Congonhas, 16 de agosto de 2023

Executor

Responsável pelo preenchimento

MUNICÍPIO DE CONGONHAS
SECRETARIA DE PLANEJAMENTO
DIRETORIA DE ACOMPANHAMENTO DE CONVÊNIOS - DAC

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	JULHO/2023

Prestação de Contas

Parcial	Execução das parcelas nº. 6 e 7	Final ou Única	
Período	01 a 31/07/2023	Período	___/___/___ a ___/___/___

Item	Credor	CNPJ/CPF	Nº. CH/OB	Data CH/OB	Valor	Nº. Nota Fiscal	Data Nota Fiscal	Valor
1	KARINE GOULART MAIA	080.595.427-96	18928012191	05/07/2023	500,00	RECIBO 06	05/07/2023	500,00
2	HEMOLAB LABORATÓRIO DE PATOLOGIA CLÍNICA LTDA.	02.280.664/0001-87	091108513	10/07/2023	1.854,76	202300000009397	03/07/2023	1.854,76
3	GERALDO SOARES DE OLIVEIRA	970.893.626-04	19198791502	14/07/2023	1.800,00	34877	12/07/2023	1.800,00
4	REALPHARMA DISTRIBUIDORA DE MEDICAMENTOS LTDA. - EPP	05.561.973/0001-13	19220709995	14/07/2023	2.325,65	000.060.015	04/07/2023	3.031,13
5	REALPHARMA DISTRIBUIDORA DE MEDICAMENTOS LTDA. - EPP	05.561.973/0001-13	19220709995	14/07/2023	IDEM	000.060.253	17/07/2023	705,48
6	PIOVETSS COMÉRCIO PET LTDA.	04.487.083/0001-46	19220771173	14/07/2023	2.592,48	348384	11/07/2023	2.592,48
7	REDE RETA LTDA.	03.156.454/0001-44	098921089	17/07/2023	1.179,73	000.035.252	02/07/2023	1.179,73
8	AGROCAMPO GIORDANI COMÉRCIO DE PRODUTOS AGROPECUÁRIOS LTDA	08.840.469/0001-40	19531326121	25/07/2023	384,56	000058182	28/07/2023	464,74
9	ADMINISTRADORA SANTO ANTÔNIO LTDA.	20.073.045/0001-01	012374228	31/07/2023	1.129,35	RECIBO 094052	31/07/2023	1.129,35
10	REALPHARMA DISTRIBUIDORA DE MEDICAMENTOS LTDA. - EPP	05.561.973/0001-13	19659141103	31/07/2023	1.202,50	000.060.428	26/07/2023	1.202,50
11	REALPHARMA DISTRIBUIDORA DE MEDICAMENTOS LTDA. - EPP	05.561.973/0001-13	19659160764	31/07/2023	512,40	074861	27/07/2023	512,40
12	KARINE GOULART MAIA	080.595.427-96	19714846136	31/07/2023	1.950,00	34987	31/07/2023	1.950,00
13	SABRINA BARRETO DEMARCHI MOREIRA	059.533.996-42	19714900470	31/07/2023	1.500,00	34985	31/07/2023	1.500,00
TOTAL					16.931,43			18.422,57

Congonhas, 16 de agosto de 2023

Executor

Responsável pelo preenchimento

004199

CONGONHAS

SE[illegible] PLANEJAMENTO

DIRET[illegible] DE ACOMPANHAMENTO DE CONVÊNOS

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	JULHO/2023

Prestação de Contas

Parcial	Execução das parcelas nº. 6 e 7	Final ou Única	
Período	01 a 31/07/2023	Período	___/___/___ a ___/___/___

Item	Credor	CNPJ/CPF	Nº. CH/OB	Data CH/OB	Valor	Nº. Nota Fiscal	Data Nota Fiscal	Valor
14	GEZEBEL CONCEIÇÃO SOUZA SILVA	128.092.026-21	19714935144	31/07/2023	750,00	34986	31/07/2023	750,00
15	LUCIMAR APARECIDA ANDRADE DA CRUZ	037.262.706-47	19714976639	31/07/2023	1.350,00	34994	31/07/2023	1.350,00
16	PEDRO HENRIQUE VASCONCELOS SILVA	136.433.826-26	19715025975	31/07/2023	1.690,00	34992	31/07/2023	1.690,00
17	ANA FLÁVIA SILVA BARROS	128.104.976-05	19715065631	31/07/2023	1.509,60	34993	31/07/2023	1.509,60
18	LUCAS ROCHA DIAS	124.773.786-19	19715115614	31/07/2023	6.000,00	34991	31/07/2023	6.000,00
19	ISABELLA GONÇALVES ARRUDA BARBOSA	054.869.626-81	19715164607	31/07/2023	6.000,00	34996	31/07/2023	6.000,00
					17.299,60			17.299,60

Congonhas, 16 de agosto de 2023

Executor

Responsável pelo preenchimento

004200

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

ANEXO I

Conciliação Bancária

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

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

Prestação de Contas

Parcial	Execução das parcelas nº. 6 e 7	Final ou Única	
Período	01 a 31/07/2023	Período	__ / ____ / ____ a ____ / ____ / __

CONTA CORRENTE	BANCO	AGÊNCIA
3005-5	104	1044

Valores em R$

CRÉDITO	
SALDO ANTERIOR	13.364,02
DEPÓSITO PMC	67.100,00
DEPÓSITO ENTIDADE	296,58
RENDIMENTO LÍQUIDO DE APLICAÇÃO FINANCEIRA (rendimento bruto - IR - IOF)	32,82
OUTROS	
TOTAL CRÉDITO	80.793,42

DÉBITO	
TAXAS BANCÁRIAS	55,00
OPERAÇÕES BANCÁRIAS/TRANSFERÊNCIAS ELETRÔNICAS	34.231,03
PIX	
TOTAL DÉBITO	34.286,03

SALDO ATUAL (CRÉDITO - DÉBITO)	DATA DO SALDO =	31/07/2023	46.507,39

DESPESAS PENDENTES		VALOR	
SALDO APÓS COMPENSAÇÃO DAS DESPESAS PENDENTES			46.507,39

Congonhas, 16 de agosto de 2023

Executor

Responsável pelo preenchimento

Voltar Imprimir

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:01/08/2023 a 30/08/2023

Certificação Número: 2023080119500355706587

Informação obtida em 16/08/2023 13:45:22

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

PODER JUDICIÁRIO
JUSTIÇA DO TRABALHO

CERTIDÃO NEGATIVA DE DÉBITOS TRABALHISTAS

Nome: ASSOCIACAO PROTETORES DOS ANIMAIS DE RUA DE CONGONHAS (MATRIZ E FILIAIS)
CNPJ: 07.766.906/0001-60
Certidão nº: 36341055/2023
Expedição: 21/07/2023, às 14:52:47
Validade: 17/01/2024 - 180 (cento e oitenta) dias, contados da data de sua expedição.

Certifica-se que **ASSOCIACAO PROTETORES DOS ANIMAIS DE RUA DE CONGONHAS (MATRIZ E FILIAIS)**, inscrito(a) no CNPJ sob o nº **07.766.906/0001-60, NÃO CONSTA** como inadimplente no Banco Nacional de Devedores Trabalhistas.
Certidão emitida com base nos arts. 642-A e 883-A da Consolidação das Leis do Trabalho, acrescentados pelas Leis ns.º 12.440/2011 e 13.467/2017, e no Ato 01/2022 da CGJT, de 21 de janeiro de 2022.
Os dados constantes desta Certidão são de responsabilidade dos Tribunais do Trabalho.
No caso de pessoa jurídica, a Certidão atesta a empresa em relação a todos os seus estabelecimentos, agências ou filiais.
A aceitação desta certidão condiciona-se à verificação de sua autenticidade no portal do Tribunal Superior do Trabalho na Internet (http://www.tst.jus.br).
Certidão emitida gratuitamente.

INFORMAÇÃO IMPORTANTE
Do Banco Nacional de Devedores Trabalhistas constam os dados necessários à identificação das pessoas naturais e jurídicas inadimplentes perante a Justiça do Trabalho quanto às obrigações estabelecidas em sentença condenatória transitada em julgado ou em acordos judiciais trabalhistas, inclusive no concernente aos recolhimentos previdenciários, a honorários, a custas, a emolumentos ou a recolhimentos determinados em lei; ou decorrentes de execução de acordos firmados perante o Ministério Público do Trabalho, Comissão de Conciliação Prévia ou demais títulos que, por disposição legal, contiver força executiva.

004204

SECRETARIA DE ESTADO DE FAZENDA DE MINAS GERAIS

CERTIDÃO DE DÉBITOS TRIBUTÁRIOS **Negativa**	CERTIDÃO EMITIDA EM: 16/08/2023 CERTIDÃO VALIDA ATÉ: 14/11/2023

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:2023000676793189

Comprovante de Pix enviado

CAIXA

Valor	Data
R$ 500,00	**05/07/2023** 16:22:58

Pix realizado com sucesso!

Dados do recebedor

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

Valor

R$ 500,00

Data/Hora

05/07/2023 - 16:22:58

ID transação

E00360305202307051750c821ce774eb

Código da operação

18928012191

Chave de segurança

ZF7VX782XXVFGJ5L

Chave Pix

karinejosemaia@gmail.com

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

004206

Comprovante de Pagamento de Boleto

CAIXA

Valor	Data
R$ 1.854,76	**10/07/2023** 13:10:25

Informações

Banco Recebedor
CAIXA ECONÔMICA FEDERAL

Representação numérica do código de barras
34191.57007 00003.171428 91483.390000 1 94090000185476

Instituição emissora - Nome do Banco
ITAU UNIBANCO S.A.

Código do Banco	Código ISPB
341	**60701190**

Beneficiário original/ Cedente

Nome Fantasia
HEMOLAB LAB PATOL CLIN LTDA

Nome / Razão social
HEMOLAB LAB PATOL CLIN LTDA

CPF / CNPJ
02.280.664/0001-87

Pagador Sacado

Nome Fantasia
PARC ASSOC PROT ANIMAIS

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 da Efetivação/ Agendamento
10/07/2023

Valor nominal do boleto
1.854,76

Juros (R$)	Desconto (R$)
0,00	**0,00**
IOF (R$)	Abatimento (R$)
0,00	**0,00**
Multa (R$)	Valor calculado (R$)
0,00	**1.854,76**

Código da operação
091108513

Chave de segurança
J3601CLATS8HAQ7E

* 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 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

004207

Comprovante de Pix enviado

CAIXA

Valor	Data
R$ 1.800,00	**14/07/2023** 09:02:46

Pix realizado com sucesso!

Dados do recebedor

Nome

GERALDO SOARES DE OLIVEIRA

CPF

*****.893.626-****

Instituição

[redacted]A 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

Valor

[redacted].800,00

Data/Hora

14/07/2023 - 09:02:46

ID transação

E00360305202307141148 51a06a93113

Código da operação

19198791502

Chave de segurança

8Y14Q7V0T2U8U35K

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: 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

004208

Comprovante de Pix enviado

CAIXA

Valor	Data
R$ 2.325,65	**14/07/2023** 19:51:26

Pix realizado com sucesso!

Dados do recebedor

Nome

REALPHARMA DISTRIBUIDORA DE MEDICAMENTOS LTDA EPP

CNPJ

05.561.973/0001-13

Instituição

UNIBANCO S.A.

Dados do pagador

ASSOC PROT ANIMAIS RUA CONGONHAS

CNPJ

07.766.906/0001-60

Instituição

CAIXA ECONÔMICA FEDERAL

CPFs autorizadores

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

Dados da transação

[redacted]325,65

Data/Hora

14/07/2023 - 19:51:26

ID transação

E00360305202307142024778663e9293

Código da operação

19220709995

Chave de segurança

G499W325NV3TP6T4

Chave Pix

05561973000113

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)
Demais regiões: 0800 104 0 104 (Demais regiões)
Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492
SAC CAIXA: 0800 726 0101
Ouvidoria: 0800 725 7474

004209

Comprovante de Pix enviado

CAIXA

Valor	Data
R$ 2.592,48	**14/07/2023** 19:52:32

Pix realizado com sucesso!

Dados do recebedor

Nome

PIOVETSS COMERCIO PET LTDA

CNPJ

04.487.083/0001-46

Instituição

[redacted]BRADESCO S.A.

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 da transação

Valor

[redacted].592,48

Data/Hora

14/07/2023 - 19:52:32

ID transação

E00360305202307142026 9db957aaa86

Código da operação

19220771173

Código de segurança

2CSKHKAUGAEUWKWZ

Chave Pix

04487083000146

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

0004210

JP

Comprovante de Pagamento de Boleto

CAIXA

Valor	Data
R$ 1.179,73	**17/07/2023** 16:09:32

Informações

Banco Recebedor
CAIXA ECONÔMICA FEDERAL

Representação numérica do código de barras
34191.57007 06033.613156 33799.080008 7 94120000117973

Instituição emissora - Nome do Banco
ITAU UNIBANCO S.A.

Código do Banco	Código ISPB
341	**60701190**

[redacted]ciário original/ **Cedente**

Nome Fantasia
REDE RETA LTDA

Nome / Razão social
REDE RETA LTDA

CPF / CNPJ
03.156.454/0001-44

Pagador Sacado

Nome Fantasia
ASS. PROT. ANIMAIS DE RUA CONG

CPF / CNPJ
07.766.906/0001-60

Pagador **Final - Correntista**

[redacted] Razão social
[redacted]SC PROT ANIMAIS RUA CONGONHAS

CPF / CNPJ
07.766.906/0001-60

Data da Efetivação/ Agendamento
17/07/2023

Valor nominal do boleto
1.179,73

Juros (R$)	Desconto (R$)
0,00	**0,00**
IOF (R$)	Abatimento (R$)
0,00	**0,00**
[redacted] (R$)	Valor calculado (R$)
[redacted]	**1.179,73**

[redacted]digo da operação
008921089

[redacted] de segurança
40L7AQPNNMGSSWPW

* 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.

Comprovante de Pix enviado

CAIXA

Valor	Data
R$ 384,56	**25/07/2023** 15:02:36

Pix realizado com sucesso!

Dados do recebedor

Nome

AGROCAMPO GIORDANI COMERCIO DE PRODUTOS

CNPJ

08.840.469/0001-40

Instituição

BCO SANTANDER (BRASIL) S.A.

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 da transação

Valor

R$ 384,56

Data/Hora

25/07/2023 - 15:02:36

ID transação

E[redacted]30520230725175567fd5006bc2b

Código da operação

19531326121

Chave de segurança

T8ATF9Y3CPH7LQVM

Chave Pix

08840469000140

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

004212

Comprovante de Pagamento de Boleto

CAIXA

Valor	Data
R$ 1.129,35	**31/07/2023** 10:35:45

Informações

Banco Recebedor
CAIXA ECONÔMICA FEDERAL

Representação numérica do código de barras
10493.91731 55000.100044 44510.072349 6 94260000112935

Instituição emissora - Nome do Banco
CAIXA ECONOMICA FEDERAL

Código do Banco	Código ISPB
104	**00360305**

Beneficiário original/ Cedente

Nome Fantasia
A[redacted]ISTRADORA SANTO ANTONIO LTDA

Nome / Razão social
ADMINISTRADORA SANTO ANTONIO LTDA

CPF / CNPJ
20.073.045/0001-01

Pagador Sacado

Nome Fantasia
ASSOCIACAO PROTETORES DOS ANIM

CPF / CNPJ
07.766.906/0001-60

Pagador Final - Correntista

Nome / Razão social
ASSOC PROT ANIMAIS RUA CONGONHAS

CPF / CNPJ
[redacted]7.766.906/0001-60

[redacted]a da Efetivação/ Agendamento
31/07/2023

Valor nominal do boleto
1.129,35

Juros (R$)	Desconto (R$)
0,00	**0,00**
IOF (R$)	Abatimento (R$)
0,00	**0,00**
Multa (R$)	Valor calculado (R$)
0,00	**1.129,35**

Código da operação
012374228

Chave de segurança
YJGU3P0MH836V6PC

* 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 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

004213

Comprovante de Pix enviado

CAIXA

Valor	Data
R$ 1.202,50	**29/07/2023** 15:37:22

Pix realizado com sucesso!

Dados do recebedor

Nome
REALPHARMA DISTRIBUIDORA DE MEDICAMENTOS LTDA EPP

CNPJ
05.561.973/0001-13

Instituição
ITAÚ UNIBANCO S.A.

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 da transação

Valor
R$ 1.202,50

Data/Hora
29/07/2023 - 15:37:22

ID transação
E[redacted]03052023072918291f3707589c64

Código da operação
19659141103

Chave de segurança
35E9A8S90N7XV6HJ

Chave Pix
05561973000113

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

004214

Comprovante de Pix enviado

CAIXA

Valor	Data
R$ 512,40	**29/07/2023** 15:38:18

Pix realizado com sucesso!

Dados do recebedor

Nome
REALPHARMA DISTRIBUIDORA DE MEDICAMENTOS LTDA EPP

CNPJ
05.561.973/0001-13

Instituição
ITAÚ UNIBANCO S.A.

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 da transação

Valor
R$ 512,40

Data/Hora
29/07/2023 - 15:38:18

ID da transação
E00360305202307291830eb51d83e6a4

Código da operação
19659160764

Chave de segurança
GP9E436MFUCNRGP3

Chave Pix
05561973000113

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

Comprovante de Pix enviado

CAIXA

Valor	Data
R$ 1.950,00	**31/07/2023** 18:19:31

Pix realizado com sucesso!

Dados do recebedor

Nome

KARINE GOULART MAIA

CPF

*****.[redacted]5.427-****

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

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

Dados da transação

Valor

R$ 1.950,00

Data/Hora

31/07/2023 - 18:19:31

ID transação

E00360305202307312041f7fc32a7956

Código da operação

19714846136

Chave de segurança

1QH713597RMVR9PR

Chave Pix

karinejosemaia@gmail.com

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

004216

Comprovante de Pix enviado

CAIXA

Valor	Data
R$ 1.500,00	**31/07/2023** 18:20:35

Pix realizado com sucesso!

Dados do recebedor

Nome

Sabrina Barreto Demarchi Moreira

CPF

*****.[redacted].996-****

Instituição

NEON PAGAMENTOS S.A. IP

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-****

[redacted]

Dados da transação

Valor

R$ 1.500,00

Data/Hora

31/07/2023 - 18:20:35

ID transação

E00360305202307312038d5fd9e51e86

Código da operação

19714900470

Chave de segurança

GVEEWAJ37LX52GP1

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.

Comprovante de Pix enviado

CAIXA

Valor	Data
R$ 750,00	**31/07/2023** 18:21:40

Pix realizado com sucesso!

Dados do recebedor

Nome

Gezebel Conceição Souza Silva

CPF

*****.[redacted]026-****

Instituição

NU PAGAMENTOS S.A.

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 da transação

Valor

R$ 750,00

Data/Hora

31/07/2023 - 18:21:40

ID transação

E00360305202307312042 6bfc05adf06

Código da operação

19714935144

Chave de segurança

W23YP9S9W0NZ3FZJ

Chave Pix

12809202621

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

Comprovante de Pix enviado

CAIXA

Valor	Data
R$ 1.350,00	**31/07/2023** 18:22:42

Pix realizado com sucesso!

Dados do recebedor

Nome

LUCIMAR APARECIDA ANDRADE DA CRUZ

CPF

*****.282.706-****

Instituição

BANCO DO BRASIL S.A.

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 da transação

Valor

R$ 1.350,00

Data/Hora

31/07/2023 - 18:22:42

ID transação

E00360305202307312039 3b49e56d3e9

Código da operação

19714976639

Chave de segurança

T6PMJWE6EF1X06NK

Chave Pix

+5531981201892

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

004219

Comprovante de Pix enviado

CAIXA

Valor	Data
R$ 1.690,00	**31/07/2023** 18:23:56

Pix realizado com sucesso!

Dados do recebedor

Nome

Pedro Henrique Vasconcelos Silva

CPF

*****.4[redacted]26-****

Instituição

NU PAGAMENTOS S.A.

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 da transação

Valor

R$ 1.690,00

Data/Hora

31/07/2023 - 18:23:56

ID transação

E00360305202307312036 2b03e6933c0

Código da operação

19715025975

Chave de segurança

NGZ9N5VN3SUFMQYQ

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.

Comprovante de Pix enviado

CAIXA

Valor	Data
R$ 1.509,60	**31/07/2023** 18:24:54

Pix realizado com sucesso!

Dados do recebedor

Nome

ANA FLAVIA SILVA BARROS

CPF

*****.494.976-****

Instituição

BANCO INTER

Dados do pagador

Nome

ASSOC PROT ANIMAIS RUA CONGONHAS

CNPJ

****.***.906/0001-60**

Instituição

CAIXA ECONÔMICA FEDERAL

Autorizadores

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

Dados da transação

Valor

R$ 1.509,60

Data/Hora

31/07/2023 - 18:24:54

ID transação

E00360305202307312034fc5756444f8

Tipo da operação

19715065631

Chave de segurança

QMU6GCXZ8NUVCY

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: 4004 0104 (Capitais e Regiões

004221

Comprovante de Pix enviado

Valor	Data
R$ 6.000,00	**31/07/2023** 18:26:07

Pix realizado com sucesso!

Dados do recebedor

Nome

Lucas Rocha Dias

[redacted].786-**

Instituição

NU PAGAMENTOS S.A.

Dados do pagador

Nome

ASSOC PROT ANIMAIS RUA CONGONHAS

CNPJ

[illegible].766.906/0001-60

Instituição

CAIXA ECONÔMICA FEDERAL

Autenticação

[illegible].178.263-, ***.630.116-****

[redacted]

Dados da transação

Valor

R$ 6.000,00

Data/Hora

31/07/2023 - 18:26:07

ID transação

E00360305202307312043940 21b69aa

Código da operação

89715115614

Autenticação

27N79J49JJ6GGSVG

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.

004222

Comprovante de Pix enviado

CAIXA

Valor	Data
R$ 6.000,00	**31/07/2023** 18:27:04

Pix realizado com sucesso!

Dados do recebedor

Nome

ISABELA GONCALVES ARRUDA BARBOSA

CPF

*****.8[redacted]7.626-****

Instituição

BCO SANTANDER (BRASIL) S.A.

Dados do pagador

Nome

ASSOC PROT ANIMAIS RUA CONGONHAS

[redacted].706.906/0001-60

CAIXA ECONÔMICA FEDERAL

CPFs autorizadores

****[redacted]8.263-**, ***.630.116-****

Dados da transação

Valor

R$ 6.000,00

Data/Hora

31/07/2023 - 18:27:04

Identificação

E00038166202307312045444d5d79b3

Código da operação

B9715164607

Chave de segurança

WQMHMM2MPN1RF9TY

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.

004223

RECIBO 06

Eu, Karine Goulart Maia, portadora do CPF 080.595.427-96, declaro que recebi da Associação Protetores dos Animais de Rua de Congonhas – PARC o valor de R$500,00 (quinhentos reais) no dia 05/07/2023, como adiantamento de salário referente aos serviços prestados por mim no canil/gatil.

Declaro ainda que não foi emitida nota fiscal.

Congonhas, 05 de julho de 2023

Karine Goulart Maia

Karine Goulart Maia

Esta nota fiscal não foi assinada digitalmente.

Número da NFS-e
202300000009397

Código de Verificação
SYR13KFSC

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

NOTA FISCAL ELETRÔNICA DE SERVIÇO - NFS-e

Data da Emissão: 03/07/2023 Competência: Jul/2023 Natureza Operação: 1 - Tributação no município
Número do RPS / Lote: Situação Tributária ISSQN: Normal Local da Prestação: Conselheiro Lafaiete
Regime Especial de Tributação: Optante do Simples Nacional: Não

Dados do Prestador de Serviço

Razão Social/Nome: HEMOLAB LABORATORIO DE PATOLOGIA CLINICA LTDA
Nome Fantasia: HEMOLAB MEDICINA LABORATORIAL
CPF/CNPJ: 02.280.664/0001-87 Inscrição Municipal: 123775 Município: Conselheiro Lafaiete/MG Cep: 36400-110
Endereço: AV av Professor Manoel Martins, 236, Sem compl., Campo Alegre
Telefone: (31) 3764-6000 e-mail: contasareceber@hemolab.com.br 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: 316661 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
EXAMES LABORATORIAIS	1.976,3000	1,00	1.976,3000	1.976,30 x 3,00	59,29

Descrição do serviço
Análises clínicas, patologia, eletricidade médica, radioterapia, quimioterapia, ultra-sonografia, ressonância magnética, radiologia, tomografia e congêneres.

CNAE
8640-2/02 - Laboratórios clínicos

Retenções Federais

PIS/PASEP:	COFINS:	INSS:	IR:	CSLL:	Outras retenções:
R$ 12,85	R$ 59,29	R$ 0,00	R$ 29,64	R$ 19,76	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	1.976,30	59,29

Valor bruto = R$ 1.976,30 **Valor líquido = R$ 1.854,76**

Outras Informações

Esta NFS-e foi emitida com respaldo nas leis 20/2009 e 101/2017.
Situação desta NFS-e: Normal

Valor aproximado do tributo federal - R$ 265,81 (13,45%), estadual - R$ 0,00 (0,00%), municipal - R$ 51,78 (2,62%) , com base na Lei 12.741/2012 e no Decreto 8.264/2014 - Fonte: IBPT

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

Nº: 004225 34877

Data de Emissão: 12/07/2023

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

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

REALPHARMA DISTRIBUIDORA DE MEDICAMENTOS LTDA

R ARISTIDES FRANCISCO PINTO, 800
Bairro: SANTA MATILDE
CONS. LAFAIETE - MG - 36405-172
Fone: (31)3762-0774 Fax: (31)3762-0444
realpharma@gmail.com

Alv. Sanit.: Venc 23/05/2024 Aut. Esp.: 1.10.146-1
Lic Func.: Venc.: 07/12/2023

DANFE

DOCUMENTO AUXILIAR DA NOTA FISCAL ELETRÔNICA

0-ENTRADA
1-SAÍDA [1]

Nº 000.060.015
SÉRIE:1
FOLHA:1 / 2

004226

CHAVE DE ACESSO
3123 0705 5619 7300 0113 5500 1000 0600 1510 7320 9166

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

PROTOCOLO DE AUTORIZAÇÃO
131235474563034 - 04/07/2023 14:59:26

NATUREZA DA OPERAÇÃO		CNPJ / CPF
VENDA DENTRO DO ESTADO		05.561.973/0001-13
INSCRIÇÃO ESTADUAL	INSCRIÇÃO ESTADUAL DO SUBST. TRIBUT.	
1832375460068		

DESTINATÁRIO/REMETENTE

NOME / RAZÃO SOCIAL	CÓDIGO	CNPJ/CPF	DATA DA EMISSÃO
ASSOCIACAO PROTETORES DOS ANIMAIS DE RUA DE CONGONHAS	003132	07.766.906/0001-60	04/07/2023 14:57

ENDEREÇO	BAIRRO/DISTRITO	CEP	DATA DA ENTRADA/SAÍDA
R DELFINA SANTOS CORREA, 173	CRISTO REI	36.414-438	04/07/2023 14:57:55

MUNICÍPIO	FONE/FAX	UF	INSCRIÇÃO ESTADUAL	HORA SAÍDA
CONGONHAS	(31) 94426931	MG		14:57

FATURA	FATURA 1	FATURA 2	FATURA 3	FATURA 4	FATURA 5	FATURA 6	FATURA 7	FATURA 8	FATURA 9	FATURA 10	FATURA 11	FATURA 12	FATURA 13	FATURA 14	FATURA 15
NÚMERO	060015-1/1														
VENCIMENTO	06/07/2023														
VALOR	3.031,13														

CÁLCULO DO IMPOSTO

BASE DE CÁLCULO	VALOR DO ICMS	BASE DE CÁLCULO ICMS ST	VALOR DO ICMS SUBSTITUIÇÃO	VALOR TOTAL DOS PRODUTOS
1.931,13	347,60	0,00	0,00	3.031,13

VALOR DO FRETE	VALOR DO SEGURO	DESCONTO	OUTRAS DESPESAS ACESSÓRIAS	VALOR TOTAL DO IPI	VALOR TOTAL DA NOTA
0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	3.031,13

TRANSPORTADOR/VOLUMES TRANSPORTADOS

NOME/RAZÃO SOCIAL	FRETE POR CONTA	CÓDIGO ANTT	PLACA DO VEÍCULO	UF	CNPJ/CPF
TRANSPORTE PRÓPRIO	0 - Remetente (CIF)				

ENDEREÇO	MUNICÍPIO	UF	INSCRIÇÃO ESTADUAL

QUANTIDADE	ESPÉCIE	MARCA	NÚMERO	PESO BRUTO	PESO LÍQUIDO
2					

DADOS DOS PRODUTOS/SERVIÇOS

CÓDIGO PRODUTO	DESCRIÇÃO DOS PRODUTOS/SERVIÇOS	PMC	NCM/SH	CST	CFOP	UN	QUANT	VALOR UNIT.	VLR TOTAL BRUTO	VALOR DESC	BC ICMS	VALOR ICMS	VALOR ST	ALIQ. ICMS	ALIQ. IPI
007081	+CAMPO OPERATÓRIO 45CM X 50CM - CLEAN - SP MARCAS LT: 010101/22 Val: 31/01/2026 Qtd: 2	0	58030010	060	5102	PCT	2,00	73,000000	146,00		146,00	26,28		18	,00
012778	+LUVA DE PROCEDIMENTO TAM M C/100 - PROFISSIONAL - DESCARPACK LT: 2LXTAA009M Val: 31/01/2028 Qtd: 10	0	40151900	060	5102	CX	10,00	18,500000	185,00		185,00	33,30		18	,00
004436	+NYLON 2-0 45CM - C/AGULHA 3/8 30MM - CX C/24 - TECHNOFIO LT: 07230161 Val: 28/02/2028 Qtd: 1 LT: 18230451 Val: 30/04/2028 Qtd: 4 LT: 18230462 Val: 30/04/2028 Qtd: 15	0	30061090	000	5102	CX	20,00	42,150000	843,00		843,00	151,74		18	,00
[illegible]	+POLIGLACTINA 2 70CM - C/AGULHA 1/2 35MM - CX C/36 - SHALON LT: 3340323070 Val: 31/03/2026 Qtd: 1	0	30061090	000	5102	CX	1,00	352,740000	352,74		352,74	63,49		18	,00
013720	+POLIGLACTINA 3 70CM - C/AGULHA 1/2 20MM - CX C/36 - SHALON LT: 3431222055 Val: 31/12/2025 Qtd: 1	0	30061090	000	5102	CX	1,00	352,740000	352,74		352,74	63,49		18	,00
006517	+SONDA URETRAL DE ALIVIO - 04 FR - MARKMED LT: 19891 Val: 28/02/2027 Qtd: 10	0	90183929	000	5102	UN	10,00	0,840000	8,40		8,40	1,51		18	,00
012844	+LAMINA P/ BISTURI ESTERIL N 20 - CX C/100 - DESCARPACK LT: SCLKAA002E Val: 31/10/2025 Qtd: 1	0	90189029	000	5102	CX	1,00	43,250000	43,25		43,25	7,79		18	,00
005335	+LUVA CIRURGICA ESTERIL 7,0 - DESCARPACK LT: 2ACTAA003C Val: 31/08/2027 Qtd: 500	0	40151200	060	5405	PAR	500,00	2,200000	1.100,00		0,00	0,00		0	,00

DADOS ADICIONAIS

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

Valor aproximado dos tributos; Aliquota Federal 13,45% e Aliquota Estadual 18%, e o código A5G7R1. Conforme Fonte IBPT.
Número(s) do(s) Pedido(s): 074338

Trib. Aprox. R$:621,22 Federal e R$:0,00 Estadual Fonte: IBPT

Alvará do cliente: 000 Validade: 23/12/2023

RESERVADO AO FISCO

004227

RECEBEMOS DE REALPHARMA DISTRIBUIDORA DE MEDICAMENTOS LTDA OS PRODUTOS/SERVIÇOS CONSTANTES DA NOTA FISCAL INDICADA AO LADO

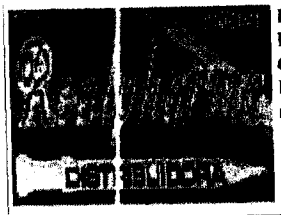
VALOR TOTAL DA NOTA R$ 705,48

DATA DE RECEBIMENTO	IDENTIFICAÇÃO E ASSINATURA DO RECEBEDOR(ASSOCIACAO PROTETORES DOS ANIM)

PEDIDO: 074632

NF-e
Nº 000.060.253
SÉRIE: 1

REALPHARMA DISTRIBUIDORA DE MEDICAMENTOS LTDA



R ARISTIDES FRANCISCO PINTO, 800
Bairro: SANTA MATILDE
CONS. LAFAIETE - MG - 36405-172
Fone: (31)3762-0774 Fax: (31)3762-0444
realpharma@gmail.com

Alv. Sanit.: Venc.: 23/05/2024 Aut. Esp.: 1.10.146-1
Lic. Func.: Venc.: 07/12/2023

DANFE

DOCUMENTO AUXILIAR DA NOTA FISCAL ELETRÔNICA

0-ENTRADA
1-SAÍDA **0**

Nº 000.060.253
SÉRIE:1
FOLHA:1 / 1

CHAVE DE ACESSO
3123 0705 5619 7300 0113 5500 1000 0602 5318 2399 8988

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

PROTOCOLO DE AUTORIZAÇÃO
131235483745431 - 17/07/2023 09:55:39

NATUREZA DA OPERAÇÃO		
DEVOLUÇÃO VENDA MERC. ADQUIRID		
INSCRIÇÃO ESTADUAL	**INSCRIÇÃO ESTADUAL DO SUBST. TRIBUT.**	**CNPJ / CPF**
1832375460068		05.561.973/0001-13

DESTINATÁRIO/REMETENTE

NOME/RAZÃO SOCIAL	CÓDIGO	CNPJ/CPF	DATA DA EMISSÃO
ASSOCIACAO PROTETORES DOS ANIMAIS DE RUA DE CONGONHAS	003132	07.766.906/0001-60	17/07/2023 09:11
ENDEREÇO	**BAIRRO/DISTRITO**	**CEP**	**DATA DA ENTRADA/SAÍDA**
R DELFINA SANTOS CORREA, 173	CRISTO REI	36.414-438	17/07/2023 09:11:33
MUNICÍPIO	**FONE/FAX**	**UF**	**INSCRIÇÃO ESTADUAL**
[redacted]	(31) 94426931	MG	

HORA SAÍDA 09:11

CÁLCULO DO IMPOSTO

BASE DE CÁLCULO	VALOR DO ICMS	BASE DE CÁLCULO ICMS ST	VALOR DO ICMS SUBSTITUIÇÃO	VALOR TOTAL DOS PRODUTOS
705,48	126,98	0,00	0,00	705,48

VALOR DO FRETE	VALOR DO SEGURO	DESCONTO	OUTRAS DESPESAS ACESSÓRIAS	VALOR TOTAL DO IPI	VALOR TOTAL DA NOTA
0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	705,48

TRANSPORTADOR/VOLUMES TRANSPORTADOS

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

ENDEREÇO	MUNICÍPIO	UF	INSCRIÇÃO ESTADUAL

QUANTIDADE	ESPÉCIE	MARCA	NÚMERO	PESO BRUTO	PESO LIQUÍDO

DADOS DOS PRODUTOS/SERVIÇOS

CÓD.	DESCRIÇÃO DOS PRODUTOS/SERVIÇOS	PMC	NCM/SH	CST.	CFOP	UN	QUANT.	VALOR UNIT.	VLR TOTAL BRUTO	VALOR DESC.	BC ICMS	VALOR ICMS	VALOR ST	ALIQ ICMS	ALIQ IPI
	+POLIGLACTINA 2 70CM - C/AGULHA 1/2 35MM - CX C/36 - SHALON LT: 3340323070 Val: 31/03/2026 Qtd: 1	0	30061090	000	1202	CX	1,00	352,740000	352,74		352,74	63,49		18	,00
013720	+POLIGLACTINA 3 70CM - C/AGULHA 1/2 20MM - CX C/36 - SHALON LT: 3431222055 Val: 31/12/2025 Qtd: 1	0	30061090	000	1202	CX	1,00	352,740000	352,74		352,74	63,49		18	,00

DADOS ADICIONAIS

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

NF Devolvidas: 060015 - Valor aproximado dos tributos; Aliquota Federal 13,45% e Aliquota Estadual 18%, e o código A5G7R1. Conforme Fonte IBPT.
Número(s) do(s) Pedido(s): 074632

Trib. Aprox. R$:226,38 Federal e R$:0,00 Estadual Fonte: IBPT .

Alvará do cliente: 000 Validade: 23/12/2023

RESERVADO AO FISCO

PET 2 PET

Cada pet é uma história

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

Telefone: (31)3419-6300
Fax:
E-mail: sac@pet2pet.com.br

DANFE
Documento Auxiliar da Nota Fiscal

0 - ENTRADA
1 - SAÍDA [1]
Nº. 348384
SÉRIE 3
FL 1 of 1

CHAVE DE ACESSO
3123 0704 4870 8300 0146 5500 3000 3483 8412 5316 4228

004228

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

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)
062133613005 8		04487083000146	131235477983573 11/07/2023 10:49:04

DESTINATÁRIO/REMETENTE

NOME/RAZÃO SOCIAL	CODCLI	CNPJ/CPF	DATA DA EMISSÃO
ASSOCIACAO PROTETORES DOS ANIMAIS DE RUA DE CONGONHAS	13300	07.766.906/0001-60	11/07/2023

LOGRADOURO	NUMERO	COMPLEMENTO	BAIRRO/DISTRITO	DATA DA ENTRADA/SAÍDA
R DELFINA SANTOS CORREA	173		CRISTO REI	12/07/2023

CEP	MUNICÍPIO	Telefone/Fax	UF	INSCRIÇÃO ESTADUAL	HORA DE SAÍDA
36414438	CONGONHAS	31 8880-0260	MG		10:48

FATURA

Nº	Venc.	Vl.	Nº	Venc.	Vl.	Nº	Venc.	Vl
1	10/09/23	864,16	2	25/09/23	864,16	3	10/10/23	864,16

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
235,44	42,38	0,00	0,00	0,00	2.592,48

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	0,00	0,00	0,00	0,00	2.592,48

TRANSPORTADOR/VOLUMES TRANSPORTADOS

RAZÃO SOCIAL	FRETE POR CONTA (0 - EMITENTE, 1 - DESTINATÁRIO)	CÓDIGO ANTT	PLACA DO VEÍCULO	UF	CNPJ/CPF
SERGIO ANTONIO DE MORAIS JUNIOR 08366324605	0		HHH0014		34195558000191

LOGRADOURO	MUNICÍPIO	UF	INSCRIÇÃO ESTADUAL
RUA DETETIVE MOACIR ALVES GARCIA, 27 - SANTA BRANCA	BELO HORIZONTE	MG	

QUANTIDADE	ESPÉCIE	MARCA	NUMERAÇÃO	PESO BRUTO	PESO LÍQUIDO
2	VOLUMES			1,95	1,95

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
2007	ALG VET 50ML N LT 005/22 DATA FAB.: 05/12/2022 DATA VAL.: 31/12/2024	30049069	040	5102	FR	3	26,12	78,36	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
19016	FIO NYLON MONOF.0 30MM C/24UN NY04CT30 N LT 123 DATA FAB.: 01/09/2022 DATA VAL.: 01/09/2025	30061090	000	5102	CX	4	58,86	235,44	235,44	42,38	0,00	18,00	0,00
29003	CETAMIN 10% 50ML * N LT 221228L162/22 DATA FAB.: 19/12/2022 DATA VAL.: 30/11/2024	30049032	040	5102	UN	10	199,99	1.999,90	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
38003	SHOTAPEN LA 100ML # N LT 006/22 DATA FAB.: 12/09/2022 DATA VAL.: 30/11/2025	30041013	040	5102	FR	2	139,39	278,78	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: VETERINARIA: ISABELLA GONCALVES ARRUDA BARBOSA - CRMV: 14131
AAS - CLIENTE:
040 - MERCADORIA ISENTA DE ICMS CONFORME ANEXO I DO RICMS 2002

RESERVADO AO FISCO

AE: 1.23116.4 AFE: 1.08.792-6 AAS: 2012007486

Numpedido.: 127024192 **NumTrans.: 710800** **NUMCAR.: 55598**

004229

Recebemos de REDE RETA LTDA os produtos e/ou serviços constantes da Nota Fiscal Eletrônica indicada ao lado.
Emissão: 02/07/2023 Dest/Reme: ASSOCIACAO PROTETORES DOS ANIMAIS DE RUA DE CONGON Valor Total: 1.179,73

DATA DO RECEBIMENTO	IDENTIFICAÇÃO E ASSINATURA DO RECEBEDOR

NF-e
Nº 000.035.252
Série 002

REDE RETA LTDA

Av. Julia Kubitscheck, 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 000.035.252
SÉRIE 002
FOLHA 1/1

CHAVE DE ACESSO
3123 0703 1564 5400 0144 5500 2000 0352 5267 2064 1925

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	631230008284460

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	02/07/2023

ENDEREÇO	BAIRRO / DISTRITO	CEP	DATA DA SAÍDA
RUA DA SAUDADE, 022	CENTRO	36410-080	02/07/2023

MUNICÍPIO	UF	TELEFONE / FAX	INSCRIÇÃO ESTADUAL	HORA DA SAÍDA
CONGONHAS	MG	99442-6931		15:31:27

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	303,86 (25,76 %)	1.179,73

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	1.179,73

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 LÍQUIDO	BASE DE CÁLC. ICMS	VALOR ICMS	VALOR IPI	ALÍQ. % ICMS	ALÍQ. % IPI
127	ELAVON 5 W 40	27101932	060	5929	UN	1,0000	40,00	0,00	40,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
[illegible]	GASOLINA COMUM	27101259	060	5929	LT	88,9287	5,19	0,00	461,54	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
[illegible]	GASOLINA COMUM	27101259	060	5929	LT	93,3705	5,29	0,00	493,93	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
[illegible]	GASOLINA COMUM	27101259	060	5929	LT	33,0808	5,57	0,00	184,26	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
1007	GASOLINA COMUM													

DADOS ADICIONAIS

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES	RESERVADO AO FISCO
NFC-e: 30344, 416823, 419861, 424413, 425533, 425534. Trib. Aprox.: R$: 84,02 (Fed), R$ 219,84 (Est), R$ 0,00 (Mun) - Fonte: IBPT/empre - 75B7F2 DANFE EM CONTINGÊNCIA, IMPRESSO EM DECORRÊNCIA DE PROBLEMAS TÉCNICOS	

DATA E HORA DA IMPRESSÃO: 17/07/2023 15:31:3

RECEBEMOS DE AGROCAMPO GIORDANI COM DE PROD AGROPECS LTDA OS PRODUTOS / SERVIÇOS CONSTANTES DA NOTA FISCAL INDICADO AO LADO

EMISSÃO: 28/07/2023 - DEST. / REM.: ASSOCIACAO PROTETORES DOS ANIMAIS DE RUA DE CONGONHAS - PARC - VALOR TOTAL: R$ 464,74

DATA DE RECEBIMENTO	IDENTIFICAÇÃO E ASSINATURA DO RECEBEDOR

NF-e 004230
Nº 000058182
SÉRIE 001

IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE

AGROCAMPO GIORDANI COM DE PROD AGROPECS LTDA

AV MILITAR 1816 SALA 1 - GLORIA - CEP:95216-014 - VACARIA - RS
TEL: (54)3232-8747

DANFE

DOCUMENTO AUXILIAR DA NOTA FISCAL ELETRÔNICA

0 - ENTRADA
1 - SAÍDA [1]

Nº 000058182 fl. 1 /1
SÉRIE 001

CHAVE DE ACESSO
4323 0708 8404 6900 0140 5500 1000 0581 8218 0134 0485

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

NATUREZA DE OPERAÇÃO	PROTOCOLO DE AUTORIZAÇÃO DE USO
VENDA DE MERCADORIAS E SERVICOS	143230170177322 28/07/2023 07:43:43

INSCRIÇÃO ESTADUAL	INSCRIÇÃO ESTADUAL DO SUBST. TRIB.	CNPJ / CPF
1540101131		08.840.469/0001-40

DESTINATÁRIO / REMETENTE

NOME / RAZÃO SOCIAL			CNPJ / CPF	DATA DA EMISSÃO
ASSOCIACAO PROTETORES DOS ANIMAIS DE RUA DE CONGONHAS - PARC			07.766.906/0001-60	28/07/2023
ENDEREÇO	**BAIRRO / DISTRITO**	**CEP**		**DATA SAÍDA / ENTRADA**
DELFINA SANTOS CORREA, 173	CRISTO REI	36414-438		28/07/2023
MUNICÍPIO	**FONE / FAX**	**UF**	**INSCRIÇÃO ESTADUAL**	**HORA DA SAÍDA**
CONGONHAS	(31)99442-6931	MG		07:43:39

CÁLCULO DO IMPOSTO

BASE CÁLCULO DO ICMS	VALOR DO ICMS	BASE CALC. ICMS SUBST.	VALOR DO ICMS SUBST.	VALOR TOTAL DOS PRODUTOS
422,06	50,65	0,00	0,00	455,50

VALOR DO FRETE	VALOR DO SEGURO	DESCONTO	OUTRAS DESP. ACESS.	VALOR DO IPI	VALOR TOTAL DA NOTA
42,68	0,00	33,44	0,00	0,00	464,74

TRANSPORTADOR / VOLUMES TRANSPORTADOS

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

QUANTIDADE	ESPÉCIE	MARCA	NUMERAÇÃO	PESO BRUTO	PESO LÍQUIDO

DADOS DO PRODUTO / SERVIÇOS

CÓDIGO DO PROD. / SERV.	DESCRIÇÃO DO PRODUTO / SERVIÇO	NCM / SH	CST	CFOP	UNID.	QUANT.	VALOR UNITÁRIO	VALOR DESCONTO	VALOR LÍQUIDO	BASE CALC. ICMS	VALOR ICMS	VALOR IPI	ALÍQUOTAS ICMS	ALÍQUOTAS IPI
9341	IZOOT B12 INJ 50ML	30049033	020	6108	UN	3,0000	106,0000	23,35	294,65	294,65	35,36	0,00	12,00	0,00
0,00														
1121	BIOXAN 500ML	30049099	020	6108	UN	5,0000	27,5000	10,09	127,41	127,41	15,29	0,00	12,00	0,00
0,00														

DADOS ADICIONAIS

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES	RESERVADO AO FISCO
Valor Total dos Tributos: R$ 0,00 Fonte: IBPT Ped. 310769 Cond.: 099-A VISTA BALCAO (VAREJO) Vend.: SITE 422,06 0,00 50,65 0,00	

Chapecó Sistemas - (49) 3361-9000

004231

ADMINISTRADORA SANTO ANTÔNIO LTDA

ASA imóveis

ADMINISTRADORA SANTO ANTÔNIO LTDA

RECIBO DE ALUGUEL

Rua Benedito Quintino, 282 - Centro - Congonhas - MG
CEP 36.415-000 / Telefax: (31) 3731-1136
E-mail: contato@admsantoantonio.com.br

CNPJ. 20073045/0001-01 CRECI / MG - 1267 4ª região

DISCRIMINAÇÃO	TOTAL
ALUGUEL: Pago por boleto 29/07/23	970,00
CONDOMÍNIO:	
IMPOSTOS/TAXAS: IPTU	156,45
OUTROS: Comissão ou boleto	2,90
ADMINISTRAÇÃO (-):	
TOTAL:	1.129,35

Gráfica Ponto de Referência - 99854-0503

Recebemos do(a) Sr(a) Associação Protetores dos animais de Rua de Congonhas

A importância de R$ 1.129,35 (um mil cento e vinte e nove reais e trinta e cinco centavos.)

conforme discriminação acima, referente ao aluguel do imóvel à rua: Delfina Santos Correa, nº 173

Vencido em: 29/07/23

Congonhas, 31 de Julho de 23

REALPHARMA DISTRIBUIDORA DE MEDICAMENTOS LTDA

R ARISTIDES FRANCISCO PINTO, 800
Bairro: SANTA MATILDE
CONS. LAFAIETE - MG - 36405-172
Fone: (31)3762-0774 Fax: (31)3762-0444
realpharma@gmail.com

REALPHARMA DISTRIBUIDORA

Alv. Sanit.: Venc.: 23/05/2024 Aut. Esp.: 1.10.146-1
Lic. Func.: Venc.: 07/12/2023

DANFE
DOCUMENTO AUXILIAR DA NOTA FISCAL ELETRÔNICA

0-ENTRADA
1-SAÍDA 1

Nº 000.060.428
SÉRIE: 1
FOLHA: 1 / 1

CHAVE DE ACESSO
3123 0705 5619 7300 0113 5500 1000 0604 2811 1795 6484

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

NATUREZA DA OPERAÇÃO
VENDA DENTRO DO ESTADO

PROTOCOLO DE AUTORIZAÇÃO
131235498204054 - 26/07/2023 14:45:02

004232

INSCRIÇÃO ESTADUAL	INSCRIÇÃO ESTADUAL DO SUBST. TRIBUT.	CNPJ / CPF
1832375460068		05.561.973/0001-13

DESTINATÁRIO/REMETENTE

NOME / RAZÃO SOCIAL	CÓDIGO	CNPJ/CPF	DATA DA EMISSÃO
ASSOCIACAO PROTETORES DOS ANIMAIS DE RUA DE CONGONHAS	003132	07.766.906/0001-60	26/07/2023 14:43

ENDEREÇO	BAIRRO/DISTRITO	CEP	DATA DA ENTRADA/SAÍDA
R DELFINA SANTOS CORREA, 173	CRISTO REI	36.414-438	26/07/2023 14:43:48

MUNICÍPIO	FONE/FAX	UF	INSCRIÇÃO ESTADUAL	HORA SAÍDA
CONGONHAS	(31) 94426931	MG		14:43

FATURA	FATURA 1	FATURA 2	FATURA 3	FATURA 4	FATURA 5	FATURA 6	FATURA 7	FATURA 8	FATURA 9	FATURA 10	FATURA 11	FATURA 12	FATURA 13	FATURA 14	FATURA 15
NÚMERO:	060428-1/1														
VENCIMENTO:	25/08/2023														
VALOR:	1.202,50														

CÁLCULO DO IMPOSTO

BASE DE CÁLCULO	VALOR DO ICMS	BASE DE CÁLCULO ICMS ST	VALOR DO ICMS SUBSTITUIÇÃO	VALOR TOTAL DOS PRODUTOS
950,00	171,00	0,00	0,00	1.202,50

VALOR DO FRETE	VALOR DO SEGURO	DESCONTO	OUTRAS DESPESAS ACESSÓRIAS	VALOR TOTAL DO IPI	VALOR TOTAL DA NOTA
0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	1.202,50

TRANSPORTADOR/VOLUMES TRANSPORTADOS

NOME/RAZÃO SOCIAL	FRETE POR CONTA	CÓDIGO ANTT	PLACA DO VEÍCULO	UF	CNPJ/CPF
TRANSPORTE PRÓPRIO	0 - Remetente (CIF)				

ENDEREÇO	MUNICÍPIO	UF	INSCRIÇÃO ESTADUAL

QUANTIDADE	ESPÉCIE	MARCA	NÚMERO	PESO BRUTO	PESO LÍQUIDO
1					

DADOS DOS PRODUTOS/SERVIÇOS

CÓDIGO PRODUTO	DESCRIÇÃO DOS PRODUTOS/SERVIÇOS	PMC	NCM/SH	CST.	CFOP	UN	QUANT.	VALOR UNIT.	VLR TOTAL BRUTO	VALOR DESC.	BC ICMS	VALOR ICMS	VALOR ST	ALIQ ICMS	ALIQ IPI
013419	+CATETER INTRAVENOSO 22G - CX C/100 UND - DESCARPACK LT: 2CTPAA014F Val: 31/01/2028 Qtd: 5	0	90183929	000	5102	CX	5,00	91,000000	455,00		455,00	81,90		18	,00
004816	+CATETER INTRAVENOSO 24G - CX C/100 UND - DESCARPACK LT: 2CTPAA013I Val: 31/01/2028 Qtd: 5	0	90183929	000	5102	CX	5,00	99,000000	495,00		495,00	89,10		18	,00
012217	*PROPOFOL 10MG/ML - CX C/05 FR 20ML - PROVIVE - UNIÃO QUÍMICA - CI LT: A0F0472A Val: 30/06/2024 Qtd: 5	0	30049095	060	5405	CX	5,00	41,300000	206,50		0,00	0,00		0	,00
004246	+SERINGA 1ML COM AGULHA 13 X 4,5 CX/100 INSULINA - DESCARPACK LT: 2S1LAA002A Val: 30/11/2027 Qtd: 200	0	90183111	060	5405	UN	200,00	0,230000	46,00		0,00	0,00		0	,00

DADOS ADICIONAIS

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES
Valor aproximado dos tributos; Aliquota Federal 13,45% e Aliquota Estadual 18%, e o código A5G7R1. Conforme Fonte IBPT.
Número(s) do(s) Pedido(s): 074826

Trib. Aprox. R$:385,89 Federal e R$:0,00 Estadual Fonte: IBPT .

Alvará do cliente: 000 Validade: 23/12/2023

RESERVADO AO FISCO

REALPHARMA
DISTRIBUIDORA

004233

N/Número: 074861
S/Número:
Nº Secundário:
Data Emissão: 27/07/2023
Data Entrega : 27/07/2023
Página: 001

Cód. Cliente: 003132 Nome: ASSOCIACAO PROTETORES DOS ANIMAIS DE RUA DE
Endereço: R DELFINA SANTOS CORREA 173 -
Cidade: CONGONHAS
Fone: (31) 94426931 Fax: ( ) Cel: ( )
Contato: ASSOCIACAO PROTETORES E-Mail: ccacongonhas@gmail.com
Transp. : TRANSPORTE PRÓPRIO

N. Fantasia: PARC
CNPJ: 07.766.906/0001-60 I.E.:
Bairro: CRISTO REI
UF: MG CEP: 36414-438
Frete: FOB (Destinatário)

Vendedor: ANIELLE
Tipo: VENDA CONSUMIDOR
Cond. Pagto.: A VISTA
Forma Cobrança: BANCO ITAÚ S/A

Vencimento	Valor	Vencimento	Valor	Vencimento	Valor

It.	Código	Quant.	Und.	Descrição do Produto	Fabricante	Vr.Unitário	Vr.Total
P	001012300	1,00	VD	*ISOFLURANO 1MG/ML - FR 240ML - ISOFORINE	CRISTALIA	512,4	512,40

Legenda: E = Entregue P = Pendente / Entrega Parcial

Quant. It. Prod.	Quant. Un. Prod.	Valor IPI	Total Produtos	Total Serviços	Valor Frete	Valor Descto.	Total do Pedido
1,00	1,00	0,00	512,40	0,00	0,00	0,00	512,40

Qte Volume	Esp. Volume	Peso Bruto	Total Pendente	Total Entregue
			512,40	0,00

Confirmação do pedido: 27/07/2023 14:39:15 CAROLINA LEROY

Impresso por: ANIELLE 27/07/2023 16:05:59

ASSOCIACAO PROTETORES DOS ANIMAIS DE RUA DE

REALPHARMA DISTRIBUIDORA DE MEDICAMENTOS LTDA

004234

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

Nº: 34987
Data de Emissão: 31/07/2023

NOTA FISCAL DE SERVIÇO - AVULSA

Prestador do Serviço - CONTRIBUINTE

Nome / Razão Social: 58853 KARINE GOULART MAIA
Endereço: FRANCISCO ANTONIO DE ASSIS, 31 - JOAQUIM MURTINHO
Município: Congonhas **Estado:** MG **CPF/ CNPJ :** 080.595.427-96

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 PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS GERAIS RETENÇÃO DE INSS RETIDO CONFORME LEGISLAÇÃO VIGENTE.	4,00	1.950,00	0,00	1.950,00

Prefeitura Municipal DE Congonhas ESTADO DE MINAS

ISSQN --->	78,00	INSS --->	0,00	IRRF --->	0,00	Vlr. Redução R$ -->	0,00	Vlr. do Serviço R$ -->	1.950,00

'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 KARINE GOULART MAIA

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

004235

Nº: 34985

Data de Emissão: 31/07/2023

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

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$
	1,0000	1196 PRESTACAO DE SERVICOS COMO AUXILIAR VETERINARIO RETENCAO DE INSS E IMPOSTO DE RENDA CONFORME A LEGISLACAO VIGENTE	2,00	1.500,00	0,00	1.500,00

Prefeitura Municipal DE CONGONHAS ESTADO DE MINAS

ISSQN --->	30,00	INSS --->	0,00	IRRF --->	0,00	Vlr. Redução R$ -->	0,00	Vlr. do Serviço R$ -->	1.500,00

'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

004236

Nº: 34986

Data de Emissão: 31/07/2023

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

NOTA FISCAL DE SERVIÇO - AVULSA

Prestador do Serviço - CONTRIBUINTE

Nome / Razão Social: 59457 GEZEBEL CONCEICAO SOUZA SILVA

Endereço: FRANCISCO MATEUS DE OLIVEIRA, 101 - PRAIA

Município: Congonhas **Estado:** MG **CPF/ CNPJ :** 128.092.026-21

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 PRESTAÇÃO DE SERVIÇO GERAIS RETENÇÃO DE INSS RETIDO CONFORME LEGISLAÇÃO VIGENTE.	4,00	750,00	0,00	750,00

Prefeitura Municipal — DE — Congonhas — ESTADO DE MINAS

ISSQN --->	30,00	INSS --->	0,00	IRRF --->	0,00	Vlr. Redução R$ -->	0,00	Vlr. do Serviço R$ -->	750,00

'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 GEZEBEL CONCEICAO SOUZA SILVA

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

004237

Nº: 34994

Data de Emissão: 31/07/2023

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

NOTA FISCAL DE SERVIÇO - AVULSA

Prestador do Serviço - CONTRIBUINTE

Nome / Razão Social: 59151 LUCIMAR APARECIDA ANDRADE DA CRUZ

Endereço: GRANITO, 105 - VILA RICA

Município: Congonhas **Estado:** MG **CPF/ CNPJ :** 037.262.706-47

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$
	1,0000	522 PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS GERAIS RETENÇÃO DE INSS RETIDO CONFORME LEGISLAÇÃO VIGENTE.	4,00	1.350,00	0,00	1.350,00

Prefeitura Municipal de Congonhas ESTADO DE MINAS

ISSQN --->	54,00	INSS --->	0,00	IRRF --->	0,00	Vlr. Redução R$ -->	0,00	Vlr. do Serviço R$ -->	1.350,00

'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 LUCIMAR APARECIDA ANDRADE DA CRUZ

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

004238

Nº: 34992

Data de Emissão: 31/07/2023

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

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$
	1,0000	1196 PRESTACAO DE SERVICOS COMO AUXILIAR VETERINARIO RETENCAO DE INSS CONFORME A LEGISLACAO VIGENTE	2,00	1.690,00	0,00	1.690,00

Prefeitura Municipal DE CONGONHAS ESTADO DE MINAS

ISSQN --->	33,80	INSS --->	0,00	IRRF --->	0,00	Vlr. Redução R$ -->	0,00	Vlr. do Serviço R$ -->	1.690,00

'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 PEDRO HENRIQUE VASCONCELOS SILVA

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

004239

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

Nº: 34993
Data de Emissão: 31/07/2023

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	,0000	541 SERVIÇO PRESTADO COMO RECEPCIONISTA RETENÇÃO DE INSS CONFORME LEGISLAÇÃO VIGENTE.	2,00	1.509,60	0,00	1.509,60

Prefeitura Municipal
— DE —
Congonhas
ESTADO DE MINAS

ISSQN --->	30,19	INSS --->	0,00	IRRF --->	0,00	Vlr. Redução R$ -->	0,00	Vlr. do Serviço R$ -->	1.509,60

'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

004240

Nº: 34991

Data de Emissão: 31/07/2023

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

NOTA FISCAL DE SERVIÇO - AVULSA

Prestador do Serviço - CONTRIBUINTE

Nome / Razão Social: 56425 LUCAS ROCHA DIAS

Endereço: MARECHAL FLORIANO PEIXOTO, 431 - CENTRO

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	6.000,00	0,00	6.000,00

Prefeitura Municipal DE Congonhas ESTADO DE MINAS

ISSQN -->	120,00	INSS --->	0,00	IRRF --->	0,00	Vlr. Redução R$ -->	0,00	Vlr. do Serviço R$ -->	6.000,00

'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 LUCAS ROCHA DIAS

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

004241

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

Nº: 34996
Data de Emissão: 31/07/2023

NOTA FISCAL DE SERVIÇO - AVULSA

Prestador do Serviço - CONTRIBUINTE

ome / Razão Social: 37347 ISABELLA GONCALVES ARRUDA BARBOSA

ndereço: MANACA, 250 - RESIDENCIAL CASA DE PEDRA

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

Tomador do Serviço - CLIENTE DO CONTRIBUINTE

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

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

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

ódigo	Quantidade	DESCRIÇÃO DO SERVIÇO	Aliq %	Preço Unitário	Valor Redução	Valor R$
1	[redacted],0000	485 PRESTAÇÃO DE SERVIÇO COMO VETERINARIA. RETENÇÃO DE INSS E IR CONFORME A LEGISLAÇÃO VIGENTE .	2,00	6.000,00	0,00	6.000,00

ISSQN --->	120,00	**INSS --->**	0,00	**IRRF --->**	0,00	**Vlr. Redução R$ -->**	0,00	**Vlr. do Serviço R$ -->**	6.000,00

'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

Nome: REALPHARMA DIST... ...TOS LTDA

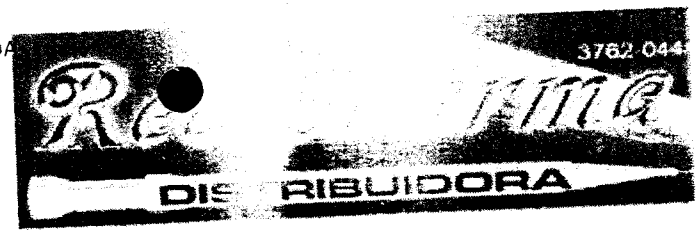
CNPJ: 05.561.973/0001-13

Endereço: R ARISTIDES FRANCI... ...STA MATILDE

Cidade: CONS. LAFAIETE - MG

Telefone: (31) 3762-0774 ...1) 3762-0444

E-mail: realpharma@gmail.com



...ero

Data: 24/07/2023

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: ASSOCIACAO PROTETORES DOS ANIMAIS DE RUA **E-mail:** ccacongonhas@gmail.com

Referência: **End. Entrega:**

Item	Código	Descrição dos Produtos	Marca/Fabricante	NCM	Modelo	Und.	Quant.	Vr. Unitário	Vr. Total	% IPI	Entrega
0001	013419	+CATETER INTRAVENOSO 22G - CX C/100 UND	DESCARPACK	90183929		UND	500,00	0,95	475,00		
0002	004816	+CATETER INTRAVENOSO 24G - CX C/100 UND	DESCARPACK	90183929		UND	500,00	1,00	500,00		
		Cod Fabricante: 0360601									
0003		POLIGLECAPORE 2,0	R E	01011900		CX	1,00	800,00	800,00		
0004		POLIGLECAPORE 3,0-	R E	01011900		CX	1,00	800,00	800,00		
0005	012217	*PROPOFOL 10MG/ML - CX C/05 FR 20ML - PROVIVE	UNIÃO QUÍMICA	30049095		CX	1,00	60,00	60,00		
0006	004246	+SERINGA 1ML COM AGULHA 13 X 4,5 CX/100 INSULINA	DESCARPACK	90183111		UND	200,00	0,23	46,00		

Total Produtos: **2.681,00**

Frete(FOB):

FCP ST: **0,00**

Outras Desp:

Total Geral: **2.681,00**

Condição de Pagamento: A VISTA

ANIELLE BRANDÃO

31 3762-0444

vendas1realpharma@gmail.com

004242

me: REAL[illegible] MEDICAMENTOS LTDA
NPJ: 05.561.9[illegible] 73460068
ndereço: R ARISTIDES [illegible] 800 - SANTA MATILDE
dade: CONS. LAF[illegible] - MG
elefone: (31) 3762-0[illegible] (31) 3762-0444
-mail: realpharma@gmail.com

RE[illegible]A
DISTRIBUIDORA

[illegible] 261151
Solicitante:
Data: 24/07/2023
Página: 001

liente: ASSOCIACAO PROTETORES DOS ANIMAIS DE RUA DE CONGONHAS
NPJ: 07.766.906/0001-60 **Inscrição Estadual:**
ndereço: R DELFINA SANTOS CORREA, 173 - CRISTO REI - CONGONHAS/MG CEP 36414-438
elefone : (31) 94426931 **Celular:** ()
:ontato: ASSOCIACAO PROTETORES DOS ANIMAIS DE RUA **E-mail:** ccacongonhas@gmail.com
teferência: **End. Entrega:**

tem	Código	Descrição dos Produtos	Marca/Fabricante	NCM	Modelo	Und.	Quant.	Vr. Unitário	Vr. Total	% IPI	Entrega
)001	013419	+CATETER INTRAVENOSO 22G - CX C/100 UND	DESCARPACK	90183929		CX	5,00	91,00	455,00		
)002	004816	+CATETER INTRAVENOSO 24G - CX C/100 UND Cod Fabricante: 0360601	DESCARPACK	90183929		CX	5,00	99,00	495,00		
0005	012217	*PROPOFOL 10MG/ML - CX C/05 FR 20ML - PROVIVE	UNIÃO QUÍMICA	30049095		CX	1,00	41,30	41,30		
0006	004246	+SERINGA 1ML COM AGULHA 13 X 4,5 CX/100 INSULINA	DESCARPACK	90183111		UND	200,00	0,23	46,00		

Total Produtos: **1.037,30**

Frete(FOB):
FCP ST: **0,00**
Outras Desp:
Total Geral: **1.037,30**

Condição de Pagamento: A VISTA

ANIELLE BRANDÃO
31 3762-0444
vendas1realpharma@gmail.com

004243

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

PROPOFOL 10 MG/ML (PROVIVE) C/5FR 20ML (C1) - UNIAO QUIMICA

R$74,35

Cateter Intravenoso (Jelco) - 22 G

Por: R$ 1,08

Cateter Intravenoso (Jelco) - 24 G

Por: R$ 1,12

Seringa Descartável para Insulina 1ml com Agulha 13 x 4,5 - Descarpack

Por R$ 0,37

\+ 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: 15 à 20 DIAS UTEIS APÓS CONFIRMAÇÃO DE PAGAMENTO
FRETE : COBRAR/INCLUSO NA NOTA
IMPOSTOS: INCLUSOS
PAGAMENTO: PRIMEIRA COMPRA À VISTA ANTECIPADO

OBRIGADA
LUANA CARDOSO
(18) 99657-2232
21/07/2023

004245 PET2PET
Cada pet é uma história

PIOVETSS COMÉRCIO PET LTDA
CNPJ: 04.487.083/0001-46

End: Rua José Simplício Moreira

Bairro: Trevo

Cidade: BELO HORIZONTE - MG

Telefone: 3419-6300

Data do Orçamento: 24/07/2023

Validade: 27/07/2023

DADOS DO CLIENTE

Cód. Cli.: 13300

Nome: ASSOCIACAO PROTETORES DOS ANIMAIS DE RUA DE CONGONHAS

CPF/CNPJ: 07.766.906/0001-60

Telefone: 31 9442-6931

Plano de Pagamento: A VISTA

IE/RG: ISENTO

Cidade: CONGONHAS

RCA: DIGITAL SALES

ORÇAMENTO

PRODUTO	VALOR UNIT.	QTDE.	SUBTOTAL
SERINGA DESC. 1ML C/AG INSULINA	R$ 0,32	200	R$ 64,00

TOTAL: R$ 64,00

Representante: Erika Sabrina Peres

004246

Otimiza FarmaVet
CNPJ: 44.126.778/0001-17
Rua dos Guajajaras, 880 (Sala 1408) - Lourdes
Belo Horizonte/MG - CEP: 30180-100

(31)3643-8043 - (31)98793-6822
otimizafarmavet@yahoo.com
www.otimizafarmavet.com.br
Vendedor: Thais Soares

ORÇAMENTO Nº 394

20/07/2023

PREVISÃO DE ENTREGA: 20/07/2023

DADOS DO CLIENTE

Cliente:	Associação Protetora dos Animais de Rua de Congonhas - PARC	**CNPJ/CPF:**	07.766.906/0001-60
Endereço:	Rua da Saudade, 22 - Centro	**CEP:**	36410-080
Cidade:	Congonhas	**Estado:**	MG
Telefone:	31995490734	**E-mail:**	danielaspaiva@gmail.com

PRODUTOS

ITEM	NOME	UND.	QTD.	VR. UNIT.	SUBTOTAL
1	CATETER PERIFÉRICO 22G	UN	250,00	2,80	700,00
2	CATETER PERIFÉRICO 24G	UN	250,00	2,80	700,00
3	IMIZOL 15ML	UN	3,00	72,30	216,90
4	PROPOFOL 10 MG 20 ML C1**	CX	1,00	29,50	29,50
5	SERINGA 1ML	UN	200,00	0,70	140,00
TOTAL			**704,00**		**1.786,40**

PRODUTOS: 1.786,40
TOTAL: 1.786,40

DADOS DO PAGAMENTO

VENCIMENTO	VALOR	FORMA DE PAGAMENTO	OBSERVAÇÃO
20/07/2023	1.786,40	PIX	

Assinatura do cliente

004247

L.E. ALMEIDA COMERCIO DE PRODUTOS MEDIC

AVENIDA CASTELO BRANCO, 19209 - CACOAL/RO

CNPJ: 27.358.419/0001-76 **IE:** 00000004751540

Telefone: (69) 9 8459-2125 **E-mail:** distrimedph@gmail.com

Orc. Nº 000005317

Orçamento

Data: 22/07/2023

Cliente 004352 - 07.766.906/0001-60

Razão Social: ASSOCIACAO PROTETORES DOS ANIMAIS DE RUA DE CONGONHAS

Nome Fantasia: PARC

Endereço: R DELFINA SANTOS CORREA, 173 Complemento:

Bairro: CRISTO REI Cidade: CONGONHAS UF: MG CEP: 36414-438

Telefone: E-mail:

Forma de pagamento

Tipo: PIX

Frete

0,00

Produtos: Vendas

Produto	Fabricante	Vlr. unit.	Desc.	Vlr. liq.	Qtde.	Subtotal	Impostos	Valor item
[illegible] - SERINGA 1ML 30G C/AGULHA (8 X 30)	SOLIDOR	0,50	0,00	0,50	200	100,00	0,00	100,00
[illegible] - CATETER PERIFERICO IV 22G	DESCARPACK	1,50	0,00	1,50	500	750,00	0,00	750,00
[illegible] CATETER PERIFERICO IV 24G	DESCARPACK	1,50	0,00	1,50	500	750,00	0,00	750,00
[illegible] PROPOFOL 10MG/ML 20ML (C1) (PROVIVE)	UNIAO QUIMIC	14,00	0,00	14,00	1	14,00	0,00	14,00
					1201	**1.614,00**	**0,00**	**1.614,00**

[illegible](s) listado(s).

Itens: 4

Bonificações: 0,00

Produtos: 1.614,00

Impostos: 0,00

Frete: 0,00

Total pedido: 1.614,00

Observações

Pesquisar ou começar uma nova conversa

Ativar notificações de novas mensagens
Ativar notificações na área de trabalho >

HMED Suturas 04/08/2023
Foto

Luciana-gatos 04/08/2023
Seu código de segurança com Luciana-gatos mudou. Cli...

Cristal-Rita 04/08/2023
Vocês podem me enviar orçamento, por favor?

Vam 04/08/2023

Viviane 02/08/2023
0:07

+55 31 9904-8244 02/08/2023
Ele não tá qui mais

Rede Reta 02/08/2023
PROTETORES DOS ANIMAIS.pdf • 3 páginas

Debora-quarteirão 02/08/2023
Mensagem apagada

Vanderlei-PARC 01/08/2023
Amanhã vou te ligar de manhã por volta das 8 hs para a...

Jaci-Maranhão 01/08/2023
A saúde da cachorrinha é mais importante. Ela não p...

CV União 01/08/2023
Vem cuidar do seu amigo!

HMED Suturas

Seu código de segurança com HMED Suturas mudou. Clique para saber mais.

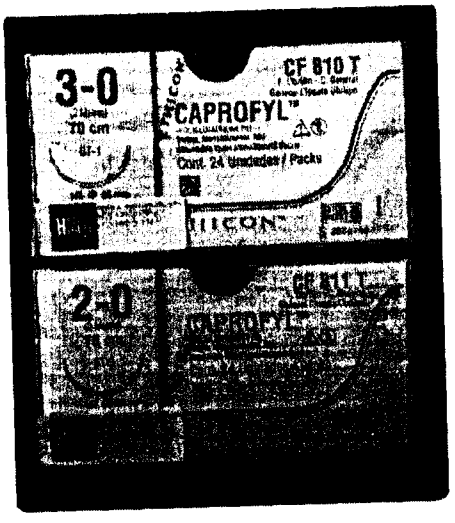
21/07/2023

A Associação Protetores dos Animais de Rua de Congonhas solicita orçamento para os produtos abaixo:
Cateter intravenoso 22g = 5 cx.
Cateter intravenoso 24g = 5 cx.
Fio de sutura Poliglecaprone (monofilamento absorvível) 2-0 = 1 cx.
Fio de sutura Poliglecaprone (monofilamento absorvível) 3-0 = 1 cx.
Imizol injetável = 3.
Propofol injetável (vou ver quantos serão comprados).
Seringa 1ml p/ insulina c/ agulha = 2 cx
Soro vitaminado Hertavita = 5. 13:07

24/07/2023

Vocês me enviam o orçamento, por favor? 09:25

Bom dia 09:35



R$ 395,00/cx com 24 env 09:35

04/08/2023

Água oxigenada 10 volumes 1l = 3.
Colírio Tobradex = 2.
Colírio Tobrex = 2.
Fio de sutura nylon 0 45cm c/ agulha 30mm = 10 cx.

Mensagem

J C R PELEGRINI PROD VET IMPORTAÇÃO E EXP.

Rua Da Fé, nº 198, Jardim Urano. São José do Rio Preto, SP - CEP: 15084-230
Fone : 17-3305-5218

ORÇAMENTO 2: 0092632

004249

Cliente: 02732 - JCR PELEGRINI ME
Endereço: RUA DA FE, nº 198
Cidade: SAO JOSE DO RIO PRETO UF: SP
Observação:

Emissão: 21/07/2023 13:17:21
Fone: 1733055218
Bairro: JARDIM URANO
Vendedor: 00026 - NILTON JR

Transportadora: JCR PELEGRINI

*** ORCAMENTO SEM EFEITO FISCAL ***

DESCRIÇÃO	QTDE	UN	VR.UNIT	VR.TOTAL
0000735 CATETER 22 G X 1 - NIPRO	250	UN	2,03	507,50
0000736 CATETER 24 G X 3/4 0,70X19MM 23ML/MIN - NIPRO	250	UN	2,00	500,00
0002019 FIO POLIGLECAPRONE PGCL 25 N. 2-0 AG 1/2 C 2.6 / 70 (	24	UN	11,75	282,00
0003236 FIO POLIGLECAPRONE PGCL 25 N. 3-0 AG 3/8 C 3.1 / 70 (	24	UN	10,95	262,80
0000577 IMIZOL INJ. 15 ML - MSD	3	UN	55,12	165,36
0003149 PROPOFOL (PROPOVAN) 10MG/ML CX C/ 10 AMP X 20 M	1	CX	142,74	142,74
000[illegible]84 SERINGA DESC. P/ INSULINA 1 ML C/ AG 08 X 0,30 - SOLI	200	UN	0,32	64,00
0001817 SOROFARM FR 500 ML - BIOFARM	5	UN	19,86	99,30
			Sub Total	**2.023,70**

(+)Frete: 0,00
(+)Acrésc.: 0,00

Sub-Total: 2.023,70 **Total Geral: 2.023,70**

Vencimento	Valor	Vencimento	Valor
21/07/2023	2.023,70		

CLIENTE

O valor do frete foi alterado

004250

maconequi B2B
PRODUTOS PARA A SUA EMPRESA

WhatsApp: (21) 9 7005-6473

MEU CARRINHO

	Entrega	Preço	Quantidade	Tota
Cateter Intravenoso Teflon 22G Polymed Polymed	4 dias úteis	R$ 1,10	500	R$ 550,00
Cateter Intravenoso Teflon 24G Polymed Polymed	4 dias úteis	R$ 1,10	500	R$ 550,00
Poliglecaprone 25 Bioline Poliglecaprone 3-0 70cm AG 1/2 CIL 1,7cm PGCL30MR17 Bioline Bioline Fios	4 dias úteis	R$ 11,40	1	R$ 11,40
Seringa para Insulina 1 ml com Agulha 13x4,5 Descarpack 1 unidade Descarpack	4 dias úteis	R$ 0,29	200	R$ 58,00

Subtotal **R$ 1.169,40**

Total R$ 1.179,40

AGROCAMPO GIORDANI

10/07/2023

Cotação para:

CNPJ 07766906000160

Itens:

- Bioxan COmposto 500mL – R$28,65 – 5 unid – R$143,25
- Izoot B12 50mL – R$107,15 – 03 unid – R$321,45

Entrega em até 10 dias úteis após aprovação de compra. Frete incluso.

Valor com impostos incluídos. Validade da proposta: 30/08/2023.

Razão Social:, Agrocampo Giordani Comércio de Produtos Agropecuários Ltda.

CNPJ:, 08.840.469/0001-40 - Telefone:, (54) 98131-7744

Whatsapp:, (54) 98131-7744

Endereço: Avenida Militar, 1816, Glória, Vacaria, RS - 95216-014

Email:, site@agrocampogiordani.com.br

_____

Pedro Augusto Acauan

Coordenador Ecommerce

Disney+ STAR+ INCLUÍDOS Assine o nível 6 a partir d

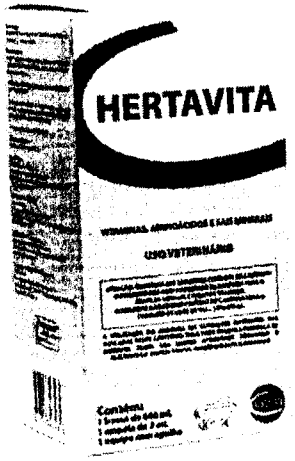
Crie a sua conta Entre Con

CEP Categorias Ofertas do dia Vender Contato

...também Confira o envio para o seu endereço ato - lavizoo - carrapaticida - tiguvon - demand
Inclua seu CEP para verificar os custos e prazos de entrega precisos na busca.
Voltar à lista Incluir CEP Mais tarde Compartilhar







CASA DO FAZENDEIRO

Novo | +25 vendidos

Hertavita 500 Ml

★★★★★ (1)

R$ 44,50

em 12x R$ 4,31

Ver os meios de pagamento

Envio para todo o país

Saiba os prazos de entrega e as formas

Calcular o prazo de entrega

Estoque disponível

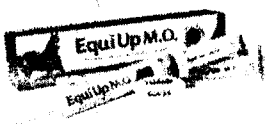
Quantidade: **1 unidade** 72 disponí

Comprar agora

Adicionar ao carrinho

Mercado Pontos. Você acumula 11

Produtos patrocinados Anuncie aqui

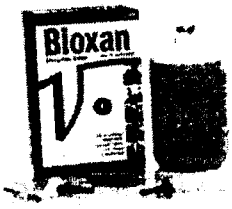


R$ 54,90

12x R$ 5,34

FULL

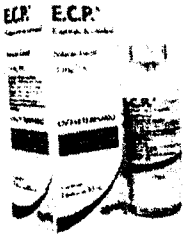
Equi Up M.o. Pasta Cx Com 2 Bisnagas De 40g Vetnil...



R$ 41,10

3x R$ 13,70 sem juros

Bioxan Composto Valée 500 Ml Soro Vitaminado



R$ 42,50

3x R$ 14,17 sem juros

Ecp 10 Ml - Envio Imediato!

Informações sobre o vendedor

MercadoLíder

É um dos melhores do site

+100

Vendas nos últimos 60 dias

Prest bom atendimento

Ver mais dados deste vendedor

Meios de pagamento

Até 12x sem cartão de crédito

Cartões de credito

Pague em até 12x

Cartões de débito

Boleto bancário

Conheça outros meios de pagamento

Anúncios do vendedor

Probiotico E Vitamina Para Peixes E Camarão Db Aqua 1kg Full

R$ 176

12x R$ 17,11

Frete grátis

Ração Carpas Lago Peixe Sticks Food Coloração Nutricon 3 Kg

R$ 270

12x R$ 26,18

Frete gratis

Ver mais anúncios do vendedor

pegue já seu cupom
dia dos PAIS
retire na loja
Nossas lojas Tenha sua loja Regulamentos Acessibilidade Segurança & Privacidade Atendimento Compre pelo tel: 3800 773 3[illegible]
Busca no Magalu
Pet Shop Farmácia Vitaminas e Suplementos Hertavita 500ml - Ceva
Descubra as ofertas m
Compartilhe sua localizaç
valores de frete, entregas

Hertavita 500ml - Ceva

[illegible] | Ver descrição completa | Ceva





Avaliar produto

Selecionar Tamanho

500 ml

Vendido por Agrosolo Bauru
Entregue por Magalu
O Magalu garante a sua compra, do pedido à entre

~~R$ 33,34~~
R$ 22,88 no Pix

Cartão de crédito
sem juros

COMPRAR AGORA

ADICIONAR À SACOLA

Calcular frete e prazo

Informações da Loja

Agrosolo Bauru
Lojista parceiro Magalu

Ver mais informações da loja

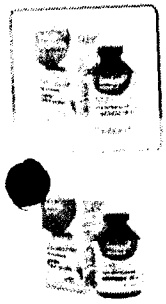
Magalu Garante
a sua compra, do pedido à entrega.

Devolução Gratuita
em até 7 dias depois de receber o produto.

dia dos PAIS
retire na loja
Nossas lojas Tenha sua loja Regulamentos Acessibilidade Segurança & Privacidade Atendimento Compre pelo tel: 0800 773 38
Busca no Magalu
Todos os departamentos Ofertas do Dia Celulares Móveis Eletrodomésticos TV e Vídeo Informática
Descubra as ofertas n
Compartilhe sua localizaç
valores de frete, e ntregas

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 entre

R$ 345,90 no Pix
ou R$ 345,90 em 7x de R$ 49,41 sem juros

Cartão de crédito
sem juros

COMPRAR AG

ADICIONAR À SACOLA

Calcular frete e prazo

Informações da Loja

Farmácia Da Vaca
Lojista parceiro Magalu
3,1

Magalu Garante
a sua compra, do pedido à entrega.

Devolução Gratuita
em até 7 dias depois de receber o produto.

Ver mais informações da loja

Assine o nível G a partir d

Crie a sua conta Ent e Con

Categorias Ofertas do dia Vender Contato

Você também p cheira - topline - d500 - ngf 5 - ivomec

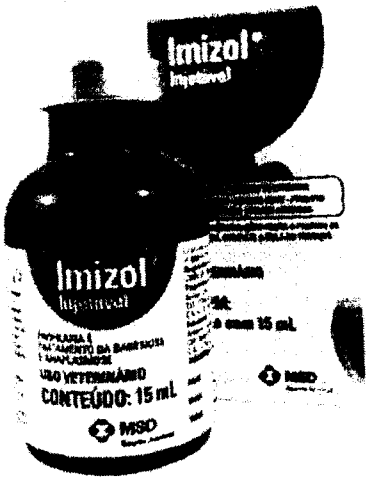
Voltar à lista

Confira o envio para o seu endereço
Inclua seu CEP para verificar os custos e prazos de entrega precisos na busca.
Incluir CEP Mais tarde

Compartilhar







Novo | +100 vendidos

Imizol - 15 Ml

★★★★★ (6)

R$ 74,90

em 12x R$ 7,28

Ver os meios de pagamento

Envio para todo o país

Saiba os prazos de entrega e as formas

Calcular o prazo de entrega

Estoque disponível

Quantidade: **1 unidade** (15 dispon

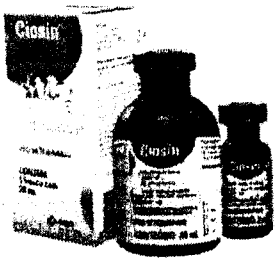
Frete grátis comprando 2 or mais unida

Comprar agora

Adicionar ao carrinho

Mercado Pontos. Você acumula 19 p

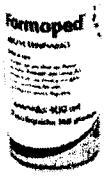
Produtos patrocinados Anuncie aqui



R$ 118,23
12x R$ 11,49
Frete grátis
Ciosin Fr De 20 Ml - Msd



R$ 78,99
12x R$ 7,68
FULL
Tapete Higiênico Gg Coletor De Areia Para Gato 68x80c...



R$ 74,90
3x R$ 24,97 sem juros
Formoped Aerosol Original 400ml Zoetis

Informações sobre o vendedor

MercadoLíder Gold
É um dos melhores do site!

+1000 Vendas nos últimos 60 dias

Presto bom atendimento

Ver mais dados deste vendedor

Meios de pagamento

Até 12x sem cartão de crédito

Cartões de crédito
Pague em até 12x!

Cartões de débito

Boleto bancário

Conheça outros meios de pagamento

Anúncios do vendedor

Contra Formigas Mosquitos Baratas K-othrine Sc 25 Bayer 30ml
R$ 15,99
12x R$ 1,55

Mosquicida Mata Moscas - Atratex 25g Caixa Com 30 Envelopes
R$ 108,90
12x R$ 10,59
Frete grátis

Ver mais anúncios do vendedor

PAGUE E

Pesquisar Produtos...

Hospitalar Odontologia Descartáveis Medicamentos

PROMOÇÃO

0 item



ISOFLURANO 240ML (C1) (ISOFLORINE) – CRISTALIA

R$616,00 Fora de estoque

em até 6x de R$102,67 s/ juros

ou R$554,40 à vista

SKU: 1495

Categoria: MEDICAMENTOS

Descrição Informação adicional

Descrição

A venda deste medi
saúde, como Clínic
do Alvará Sanitário
finalizar a compra. C

Controle sua privacidade AdOpt

Nosso site usa cookies para melhorar a navegação.

Política de Privacidade - Opt-out

Minhas opções Rejeitar Aceitar

NPJ da área da
viar as cópias
ito Social após a
ientos!

medicom
medicamentos especiais e oncológicos
farmácia digital

Categorias Digite sua busca aqui

51 3021.3908

0 item(s)
R$ 0,00

medicom
medicamentos especiais e oncológicos
farmácia digital

Meus pedidos Contato Lista de compra Lista de desejos

Digite sua busca aqui

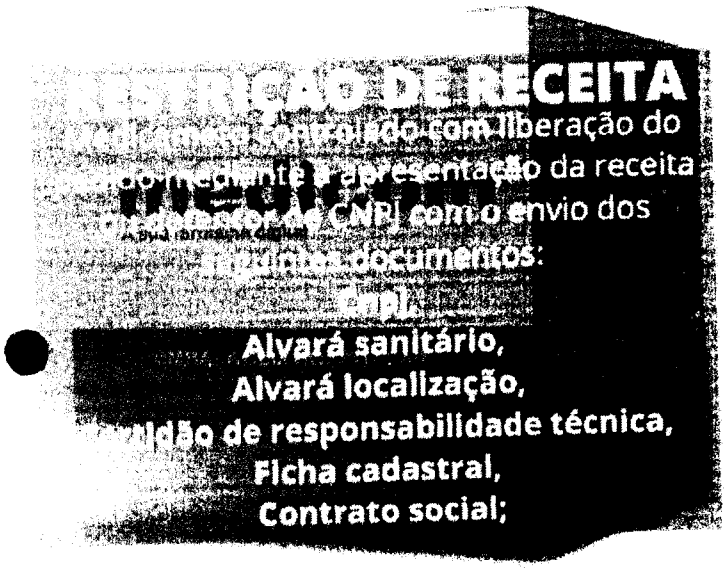
Newsletter

0 item(s)
R$ 0,00

Home Categorias Medicamentos Especiais Promoções Lançamentos Blog

TEUTO BAYER prati achē Bioū Pfizer SUN EMS CIMED

Laboratório: LABORATORIO CRISTALIA



Ampliar imagem



Isoforine (Isoflurano) 1mL/mL, cx c/1 frasco 240mL solução para inalação (embalagem hospitalar)

Ref:12062 | Categoria: LABORATORIO CRISTALIA

Avalie este produto

ou 3X sem juros de R$ 161,67

Saúde

Gerais Hospitalares

TOPO

Defesa do Consumidor

Powered by MMERCE

[illegible]MA DISTRIBUIDORA DE MEDICAMENTOS LT[illegible]
[illegible]0001-13 I.E.: 1832375460068
ndereço: R [illegible]IDES FRANCISCO PINTO, 800 - SANTA MATILDE
idade: CONS LAFAIETE - MG
elefone: (31) 3762-0774 (31) 3762-0444
-mail: realpharma@gmail.com



[illegible]ero: 050939
S/Número
Data: 30/06/2023
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: ASSOCIACAO PROTETORES DOS ANIMAIS DE RUA **E-mail:** ccacongonhas@gmail.com
Referência: **End. Entrega:**

Item	Código	Descrição dos Produtos	Marca/Fabricante	NCM	Modelo	Und.	Quant.	Vr. Unitário	Vr. Total	% IPI Entrega
0001	012837	+CAMPO OPERATORIO 40CM X 45CM - HELENA B19 Cod Fabricante: 1032.10.0011	AMERICAN	30059090		PCT	1,00	65,45	65,45	
0002	005335	+LUVA CIRURGICA ESTERIL 7,0 Cod Fabricante: 0084201	DESCARPACK	40151200		PAR	500,00	2,20	1.100,00	
0003	012778	+LUVA DE PROCEDIMENTO TAM M C/100 - PROFISSIONAL	DESCARPACK	40151900		CX	10,00	18,50	185,00	
0004	004436	+NYLON 2-0 45CM - C/AGULHA 3/8 30MM - CX C/24 Cod Fabricante: NY24CT30	TECHNOFIO	30061090		CX	20,00	42,15	843,00	
0005	013719	+POLIGLACTINA 2 70CM - C/AGULHA 1/2 35MM - CX C/36 Cod Fabricante: L520MR35	SHALON	30061090		CX	1,00	369,02	369,02	
0006	013720	+POLIGLACTINA 3 70CM - C/AGULHA 1/2 20MM - CX C/36 Cod Fabricante: L53MR20	SHALON	30061090		CX	1,00	369,02	369,02	
0007	006517	+SONDA URETRAL DE ALIVIO - 04 FR	MARKMED	90183929		UND	10,00	0,84	8,40	
0008	012844	+LAMINA P/ BISTURI ESTERIL N.20 - CX C/100	DESCARPACK	90189029		CX	1,00	43,25	43,25	
0009	013775	DIPIRONA 500MG/ML - CX C/100 AMP 2ML - GENERICO Cod Fabricante: 207	SANTISA	30039099		CX	1,00	222,58	222,58	

Total Produtos: **3.205,72**

004258

ome: REAL[illegible] DISTRIBUIDORA DE MEDICAMENTOS LTDA

NPJ: 05.561.97[illegible]01-13 I: 1832375460068

ndereço: R ARISTIDES FRANCISCO PINTO, 800 - SANTA MATILDE

dade: CONS. LAFAIETE - MG

elefone: (31) 3762-0774 (31) 3762-0444

-mail: realpharma@gmail.com



[redacted]: 050939

S/Número

Data: 30/06/2023

Página: 002

Frete(FOB):	**0,00**
FCP ST:	**0,00**
Outras Desp:	**0,00**
Total Geral:	**3.205,72**

Condição de Pagamento: A VISTA

ANIELLE BRANDÃO

31 3762-0444

vendas1realpharma@gmail.com

0042559

004260

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

Boa tarde, segue solicitação de cotação

Campo Operatório Estéril - América - 10X09 CM / Conteúdo: C/ 05 UNIDADES

Por: R$ 11,61

Campo Operatório Estéril - América - 25 X 28 CM / Conteúdo: C/ 05 UNIDADES

Por: R$ 12,07

Ketamin NP 50mg/mL 25 ampolas 2mL- Cristália (Controlado)

Por R$ 840,00

Luva Cirúrgica Estéril (Par) - BR Latex - 7,0

Por: R$ 2,26

Luva para Procedimento Não Estéril com 100 Unidades - Nugard - M

Por: R$ 26,00

Fio de Sutura Nylon Preto 0 (Com Agulha) - Shalon

Por R$ 89,30

Fio de Sutura Nylon Preto 2-0 (Com Agulha) - Shalon

Por R$ 85,00

Sonda Uretral Descartável Estéril - Medsonda - 04

Por: R$ 1,16

Lamina para Bisturi em aço Carbono - Advantive - 20

Por: R$ 0,47

Dipirona Sódica 1G Injetável 2ml (Novalgina) - Santisa

Por: R$ 242,07 caixa c/100

HOSPITALAR *Distribuidora*

DISTRIBUIDORA DE PRODUTOS MEDICOS 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

\+ FRETE

○ 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: 15 à 20 DIAS UTEIS APÓS CONFIRMAÇÃO DE PAGAMENTO
FRETE : COBRAR/INCLUSO NA NOTA
IMPOSTOS: INCLUSOS
PAGAMENTO: PRIMEIRA COMPRA À VISTA ANTECIPADO

OBRIGADA
LUANA CARDOSO
(18) 99657-2232
30/06/2023

004262

PIOVETSS COMERCIO PET LTDA

End: Rua José Simplício Moreira **Bairro:** Trevo

Cidade: BELO HORIZONTE MG **Telefone:** 3419-6300

Orçamento: 127024477 **Data:** 13/07/2023 **Validade:** 12/07/2024

Nome: ASSOCIACAO PROTETORES DOS ANIMAIS DE **CPF/CNPJ:** 07.766.906/0001-60

Telefone: 31 8880-0260 **IE/RG:** ISENTO

Contato:

Cidade: CONGONHAS

A : TELEMARKETING

Plano de Pagamento: 7 DIAS SEM DESCONTO

Observação: @desconsiderar pedido

Cód. Prod.	Seq.	Qt.	Disp.	Ref.	Descrição	Vl. Unit	% desc	Vl. Total
2007	1	3	3		ALGIVET 50ML	R$ 26,12	00,00%	R$ 78,36
18015	2	140	140		LUVA CIRURGICA C/ PO NR 7,0	R$ 2,74	00,00%	R$ 383,60
[redacted]	3	10	10		FIO NYLON MONOF.2-0 20MM C/24UN NY24CT20	R$ 58,86	00,00%	R$ 588,60
	4	2	2		SHOTAPEN LA 100ML #	R$ 144,03	00,00%	R$ 288,0[illegible]
[illegible]	5	1	1		CAMPO OPERATORIO 45 X 50 CM C/50UN	R$ 139,99	00,00%	R$ 139,9[illegible]
[illegible]	6	100	100		LAMINA DE BISTURI N20 CARBONO	R$ 0,50	00,00%	R$ 50,0[illegible]
187007	7	10	10		LUVA VINIL COM PO M TRANSP	R$ 23,80	00,00%	R$ 238,0

Sub. Total: **R$ 1766,6**

Total Geral: **R$ 1766,[illegible]**

004263

JNO

Comércio de Materiais Odontológicos LTDA

FIMED

Tel.: (11) 3731-7865 | 9 8695-2444

Av. JK, 73 - Centro - Congonhas / MG | Email.: fimedcpo@yahoo.com.br

Cliente

Endereço

Data 30/07/23 Tel.

Quant	Descrição	Un	Total
01	Caixa Fio sutura c/24 0 e 2.0	65,00	65,00
01	Seringa anhd nº 4 Pacote c/10	13,00	1.50 cada Pç

Valor

COMPRE NO SITE E RECEBA EM CASA

004264

multi tec
produtos agropecuários

O que você procura?



CETAMIN (Cetamina) 10% INJ. 50ml

REF: 2065

Seja o primeiro a opinar :)

R$ 256,00

004265

1 COMPRAR PRODUTO

* Aqui sua compra é 100% segura, compre com tranquilidade

Frete e prazo de entrega

Informe seu cep CALCULAR

Descrição Geral

Ficha Técnica

Formas de Pagamento

Avaliações

Produtos Relacionados



Tetravet inj. 50ml

R$ 18,90

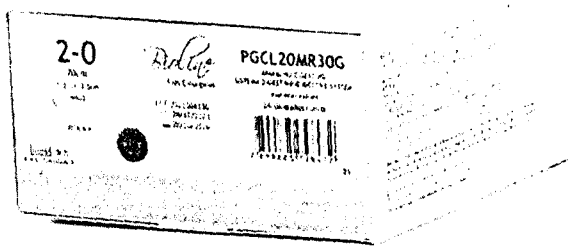


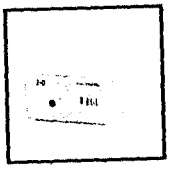
Oxitrat La 50ml

R$ 21,00

004266

13%
OFF





Fio Cirúrgico Poliglacaprone 25 Violeta 2-0 AG 1/2 CIL 3,0cm - BIOLINE FIOS

☆☆☆☆☆ avalie agora!

Cód.: BIL 26663A

Embalagem com 12 unidades.

ATENÇÃO: Produto de venda exclusiva a profissionais de saúde habilitados com registro em Conselho respectivo ou estudantes mediante comprovação de matrícula. Gentileza atualizar seu cadastro com [illegible] da compra.

~~R$399,90~~ por
R$347,90
ou até R$57,98 sem juros

Quantidade
1

Comparar

Calcular frete e prazo

A previsão de entrega inicia-se após a emissão da Nota Fiscal.

Calcular Frete

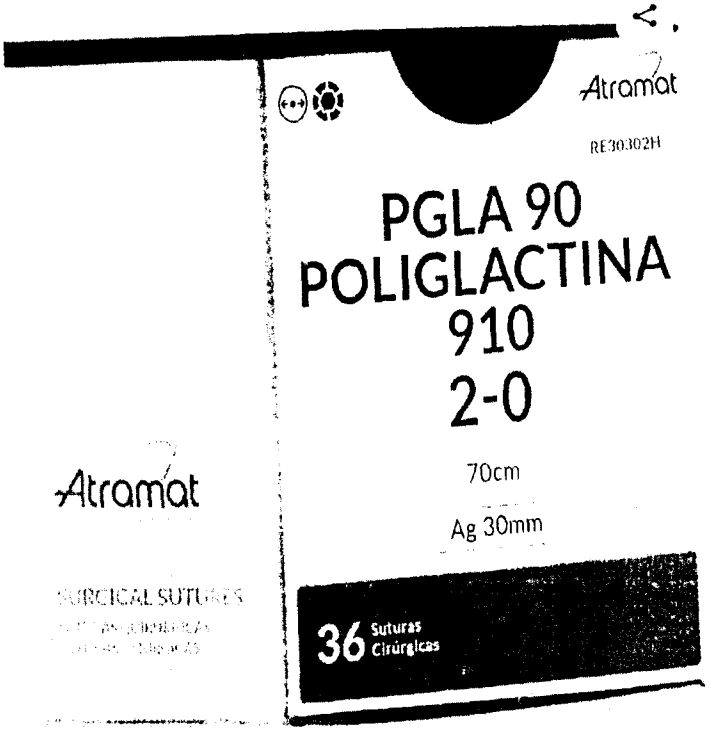
suturas on

DESCONTO VIA PIX
Receba desconto pagando à vista no Pix!

PARCELAMENTO
Parcele suas compras em até 12x.

ATENDIMENTO ONLINE
Esclareça suas dúvidas com nossa equipe.

Acima de R$ 300,00 na cidade do Rio de Janeiro e envio para todo Brasil



Fio De Sutura Poliglactina 910 Violeta Re30302h 36 Env

Vendido e entregue por ATRAMAT

Veja o panorama a seguir

2.0 DE 70CM COM AGULHA 30MM 3/8 CILINDRICA PONTA CÔNICA

Disponibilidade: Imediata

~~R$ 483,12~~

R$ 470,57 à vista com desconto
ou 4x de R$ 121,39 Sem juros

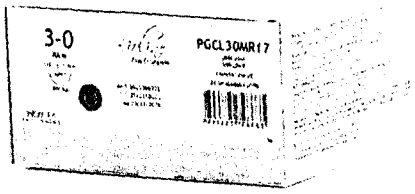
Calcule o prazo de entrega

Informe seu cep

004268

Home > Material de Consumo > Fio de Sutura > Fio Cirúrgico Poliglacaprone 25 Violeta 3-0 AG 1/2 CIL 1,7cm - BIOLINE FIOS

13% OFF



Fio Cirúrgico Poliglacaprone 25 Violeta 3-0 AG 1/2 CIL 1,7cm - BIOLINE FIOS

☆☆☆☆☆ (avalie agora!)

Cód.: BIL26665A

Embalagem com 12 unidades

ATENÇÃO: Produto de venda exclusiva a profissionais de saúde habilitados com registro em Conselho responsável. Sujeito à aprovação de matrícula. Gentileza atualizar seu cadastro para liberação da compra.

~~R$480,90~~ por
R$424,90
ou R$35,41 sem juros

Sua cidade

Comprar

Calcular frete e prazo

A previsão de entrega inicia-se após a emissão da Nota Fiscal

Calcular Frete

Detalhes

- Os fios cirúrgicos de PGCL são de origem sintética, fabricadas com fio absorvível monofilamentar, de poliglicolato [illegible] 25%, possui alta resistência e fácil manuseio.
- São contraindicadas em procedimentos que haja contato de longa duração com soluções salinas, [illegible] aproximação dos tecidos e em cirurgias cardiovasculares, neurológicas, oftalmológicas e microcirurgias.

Aplicação

Ato cirúrgico digestivo, fechamento geral, proctologia, obstetrícia, urologia, cardiovascular, plástica.

Ainda não comprou esse produto? Seja o primeiro a avaliá-lo!

004269

althis

Pesquise aqui...

Atendimento

Entre ou Cadastre-se

Produtos Para Saúde

Equipamentos Médicos

Cosméticos, Beleza e Higiene Pessoal

Cuidados Pessoais, Bem Estar e Home Care

Instrumentais Cirúrgicos





Fio de Sutura Poliglactina 3-0 C/ Agulha 1/2 Cilíndrica Cx C/ 36 Und - Shalon 2,00 cm

R$ 352,74

R$ 371,31

- formas de pagamento

Comprimento da Agulha:

2,00 cm

Garantia contra defeitos de fabricação

Disney+ STAR+ INCLUÍDOS Assine o nível 6 por R$



Novo | +5 vendidos

Shotapen La 100ml Virbac Antibiotico Aplicação Ún 72hrs

★★★★★ (1)

R$ 168,90

em 5x R$ 33,78 sem juros

Ver os meios de pagamento

Frete grátis

Saiba os prazos de entrega para o seu CEP.

Calcular o prazo de entrega

Disponível 6 dias após sua compra

Quantidade: 1 unidade (+50 disponíveis)

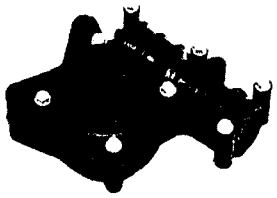
Adicionar ao carrinho

Devolução grátis: Você tem 30 dias desde a data da entrega do produto

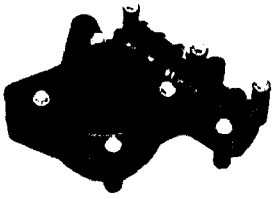
Compra Garantida: receba o produto que espera ou devolvemos o seu dinheiro

Mercado Pontos: Você ganha 168 pontos

Produtos patrocinados Anuncie aqui



R$ 166,72
5x R$ 33,34 sem juros
Frete grátis
Caixa De Engrenagem Da Linha Curta Plantadeira -...



R$ 166,72
5x R$ 33,34 sem juros
Frete grátis
Mancal Da Linha Curta Original - Aa57397



R$ 168,67
12x R$ 16,39
7% OFF com Cartão Mercado Pago
Frete grátis FULL
1000 Embalagem Transparente Cônica P/ Alfac...

Informações sobre o vendedor

+100
Vendas nos últimos 365 dias

Não oferece um bom atendimento

Ver mais dados deste vendedor

Devolução grátis

Você tem 30 dias a partir da recepção do produto para devolvê-lo sem custo.

Ver mais sobre devoluções

Características principais

Marca	Virbac
Modelo	100ml

Garantia

Compra Garantida com o Mercad

pegue já seu cupom ofertas de férias retire na loja
Nossas lojas Tenha sua loja Regulamentos Acessibilidade Segurança & Privacidade Atendimento
Busca no Magalu
Descubra as ofertas m
Compartilhe sua localizaç
valores de frete, entregas

Shotapen LA 50mL - Virbac

Código abh09gdg9g | Ver descrição completa | Virbac





Avaliar produto

Vendido e entregue por Agrocampo Giordani
O Magalu garante a sua compra, do pedido à entre

R$ 88,00

Cartão de crédito
sem juros

Calcular frete e prazo

Informações do Produto

Shotapen LA 50mL - Virbac

R$ 88,00 à vista

Voltar ao topo Descrição Completa Avaliação dos Clientes Formas de Pagamento

Disney+ STAR+ INCLUÍDOS Assine o nível 6 por R

Informe seu CEP Categorias Ofertas do dia Vender Contato Crie a sua conta Entre Con

Você também pode gostar: esparadrapo - gaze - solução phmb - esparadrapo micropore - atadura - esparadrapo transparente - gaze esteril



Novo | +50 vendidos

Campo Operatório Texm 18gr S/rx 45cm X 50cm 5 Unidades

~~R$ 78~~

R$ 73 93 6% OFF

em 12x R$ 7 19

O preço por unidade é de R$ 1,22

Ver os meios de pagamento

Envio para todo o país FULL

Saiba os prazos de entrega e custos de envio

Calcular o prazo de entrega

Estoque disponível

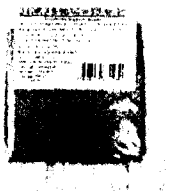
Quantidade: 1 unidade (50 disponíveis)

Adicionar ao carrinho

Mercado Pontos. Você acumula R$

30 dias de garantia de fábrica

Produtos patrocinados Anuncie aqui

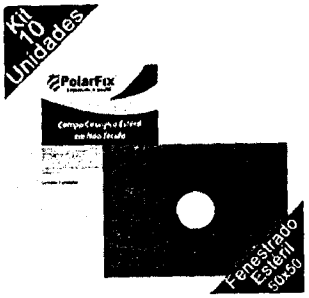


R$ 69 99

12x R$ 6,80

FULL

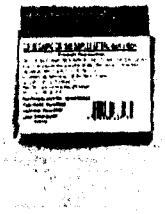
Kit Com 10 Campos Cirurgico Estéril Sms 50x50 C/fenestra



R$ 65

3x R$ 21,67 sem juros

Campo Cirúrgico Estéril Fenestrado Sms 50x50 10...



R$ 65 99

12x R$ 6,41

FULL

Kit Com 10 Campos Cirúrgico Sms Simples Estéril 40 X 40...

Informações sobre o vendedor

MercadoLíder

+500

Vendas nos últimos 60 dias

Presta bom atendimento

Ver mais dados deste vendedor

Anúncios do vendedor

Atadura Ortopédica Compressa De Bandagem Elástica 20cmx2,00m

R$ 65 32 10% OFF

3x R$ 21,77 sem juros

FULL

Atadura De Crepom 08cm 13 Fios 24 Unidades - Atacado

R$ 25 93 12% OFF

12x R$ 2,51

FULL

Ver mais anúncios do vendedor

Garantia

Garantia do vendedor

Garantia de fábrica de 90 dias

Meios de pagamento

Até 12x sem cartão de crédito

004273

transferência realizada

R$ 296,58
valor transferido via Pix

para
Parc
00360305 Caixa Economica Federal
ag 1044 | conta 000000030055
cnpj 07.766.906/0001-60

de
Edilene Maria Marcossi
341 Itaú Unibanco S.A
ag 3153 | conta 0000506-5
cpf *.630.116-****

realizada em
29/07/2023 às 15:21:14

via
App Itaú

ID da transação
E60701190202307291821350991025 00

ver detalhes >

004274

CAIXA

Extrato por período

Cliente: ASSOC PROT ANIMAIS RUA CONGONHAS

Conta: 1044 | 003 | 00003005-5

Data: 04/08/2023 - 11:41

Mês: Julho/2023

Período: 1 - 31

Extrato

Data Mov.	Nr. Doc.	Histórico	Valor	Saldo
	000000	SALDO ANTERIOR	0,00	0,00
03/07/2023	000000	SALDO DIA		0,00 C
04/07/2023	000000	SALDO DIA		0,00 C
05/07/2023	051622	ENVIO PIX	500,00 D	500,00 D
05/07/2023	727220	RESG AUTOM	500,00 C	0,00 C
05/07/2023	000000	SALDO DIA		0,00 C
06/07/2023	000000	SALDO DIA		0,00 C
07/07/2023	000000	SALDO DIA		0,00 C
10/07/2023	108513	PAG BOLETO	1.854,76 D	1.854,76 D
10/07/2023	727220	RESG AUTOM	1.854,76 C	0,00 C
10/07/2023	000000	SALDO DIA		0,00 C
11/07/2023	000000	SALDO DIA		0,00 C
12/07/2023	000000	SALDO DIA		0,00 C
13/07/2023	000000	SALDO DIA		0,00 C
14/07/2023	140902	ENVIO PIX	1.800,00 D	1.800,00 D
14/07/2023	141951	ENVIO PIX	2.325,65 D	4.125,65 D
14/07/2023	141952	ENVIO PIX	2.592,48 D	6.718,13 D
14/07/2023	727220	RESG AUTOM	6.718,13 C	0,00 C
14/07/2023	000000	SALDO DIA		0,00 C
17/07/2023	921089	PAG BOLETO	1.179,73 D	1.179,73 D
17/07/2023	727220	RESG AUTOM	1.179,73 C	0,00 C
17/07/2023	000000	SALDO DIA		0,00 C
18/07/2023	000000	SALDO DIA		0,00 C
19/07/2023	000000	SALDO DIA		0,00 C
20/07/2023	000000	SALDO DIA		0,00 C
21/07/2023	000000	SALDO DIA		0,00 C
24/07/2023	000000	SALDO DIA		0,00 C
25/07/2023	251502	ENVIO PIX	384,56 D	384,56 D

004275

25/07/2023	000000	MANUT CTA	55,00 D	439,56 D
25/07/2023	727220	RESG AUTOM	439,56 C	0,00 C
25/07/2023	000000	SALDO DIA		0,00 C
26/07/2023	000000	SALDO DIA		0,00 C
27/07/2023	000000	SALDO DIA		0,00 C
28/07/2023	000000	SALDO DIA		0,00 C
31/07/2023	384183	APLICACAO	67.100,00 D	67.100,00 D
31/07/2023	311645	CRED TEV	67.100,00 C	0,00 C
31/07/2023	291521	CRED PIX	296,58 C	296,58 C
31/07/2023	374228	PAG BOLETO	1.129,35 D	832,77 D
31/07/2023	291537	ENVIO PIX	1.202,50 D	2.035,27 D
31/07/2023	291538	ENVIO PIX	512,40 D	2.547,67 D
31/07/2023	311819	ENVIO PIX	1.950,00 D	4.497,67 D
31/07/2023	311820	ENVIO PIX	1.500,00 D	5.997,67 D
31/07/2023	311821	ENVIO PIX	750,00 D	6.747,67 D
31/07/2023	311822	ENVIO PIX	1.350,00 D	8.097,67 D
31/07/2023	311823	ENVIO PIX	1.690,00 D	9.787,67 D
31/07/2023	311824	ENVIO PIX	1.509,60 D	11.297,27 D
31/07/2023	311826	ENVIO PIX	6.000,00 D	17.297,27 D
31/07/2023	311827	ENVIO PIX	6.000,00 D	23.297,27 D
31/07/2023	727220	RESG AUTOM	23.297,27 C	0,00 C
31/07/2023	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 Fundo de Investimento 004276
Para simples verificação

Nome da Agência	Código	Operação	Emissão
CONGONHAS, MG	1044	0088	04/08/2023

Fundo	CNPJ do Fundo	Início das Atividades do Fundo
CAIXA FACIL RENDA FIXA SIMPLES	05.114.716/0001-33	24/02/2003

Rentabilidade do Fundo

No Mês(%)	No Ano(%)	Nos Últimos 12 Meses(%)	Cota em: 30/06/2023	Cota em: 31/07/2023
0,9135	6,4963	11,5060	4,074828	4,112052

Administradora

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

Cliente

Nome	CPF/CNPJ	Conta Corrente	Mês/Ano	Folha
ASSOC PROT ANIMAIS RUA CONGONHAS	07.766.906/0001-60	003 .000030055	07/2023	01/01
Análise do Perfil do Investidor		Data da Avaliação		

Resumo da Movimentação

Histórico	Valor em R$	Qtde de Cotas
Saldo Anterior	13.364,02C	3.279,648807
Aplicações	67.100,00C	16.317,887030
Resgates	33.989,45D	8.287,515814
Rendimento Bruto no Mês	67,99C	
IRRF	34,67D	
IOF	0,50D	
Taxa de Saída	0,00	
Saldo Bruto*	46.507,39C	11.310,020023
Resgate Bruto em Trânsito*	0,00	

(*) Valor sujeito à tributação, conforme legislação em vigor

Movimentação Detalhada

Data	Histórico	Valor R$	Qtde de Cotas
05 / 07	RESGATE	500,00D	122,856005
	IRRF	0,76D	
	IOF	0,50D	
10 / 07	RESGATE	1.854,76D	454,920296
	IRRF	3,79D	
	IOF	0,00	
14 / 07	RESGATE	6.718,13D	1.645,554023
	IRRF	16,33D	
	IOF	0,00	
17 / 07	RESGATE	1.179,73D	288,867950
	IRRF	2,98D	
	IOF	0,00	
25 / 07	RESGATE	439,56D	107,413450
	IRRF	1,36D	
	IOF	0,00	
31 / 07	APLICACAO	67.100,00C	16.317,887030
31 / 07	RESGATE	23.297,27D	5.667,904087
	IRRF	9,45D	
	IOF	0,00	

Dados de Tributação	Rendimento Base	IRRF
	154,17	34,67

Informações ao Cotista

Acesse o site da CAIXA e conheça os E-FUNDOS : os fundos da CAIXA com movimentações exclusivamente pelo Internet Banking CAIXA e com taxas de administração inferiores às praticadas pelo mercado. Com os E-FUNDOS CAIXA você tem excelentes opções de investimento ao alcance de suas mãos, de acordo com seu perfil.
Um jeito prático de investir, da comodidade da sua casa!

Prezado(a) Cotista, compareça à sua agência de relacionamento e cadastre ou atualize seu endereço de e-mail.

Serviço de Atendimento ao Cotista

SAC:	Endereço para Correspondência:
0800 726 0101	Caixa Postal 72624, São Paulo/SP CEP: 01405-001
Ouvidoria:	Endereço Eletrônico:
0800 725 7474	https://www1.caixa.gov.br/atendimento/telefones_da_caixa.asp
Acesse o site da CAIXA: www.caixa.gov.br	

CAIXA

004277

f

Extrato por período

Cliente: ASSOC PROT ANIMAIS RUA CONGONHAS

Conta: 1044 | 003 | 00003005-5

Data: 04/08/2023 - 11:54

Mês: Junho/2023

Período: 1 - 30

Extrato

Data Mov.	Nr. Doc.	Histórico	Valor	Saldo
	000000	SALDO ANTERIOR	0,00	0,00

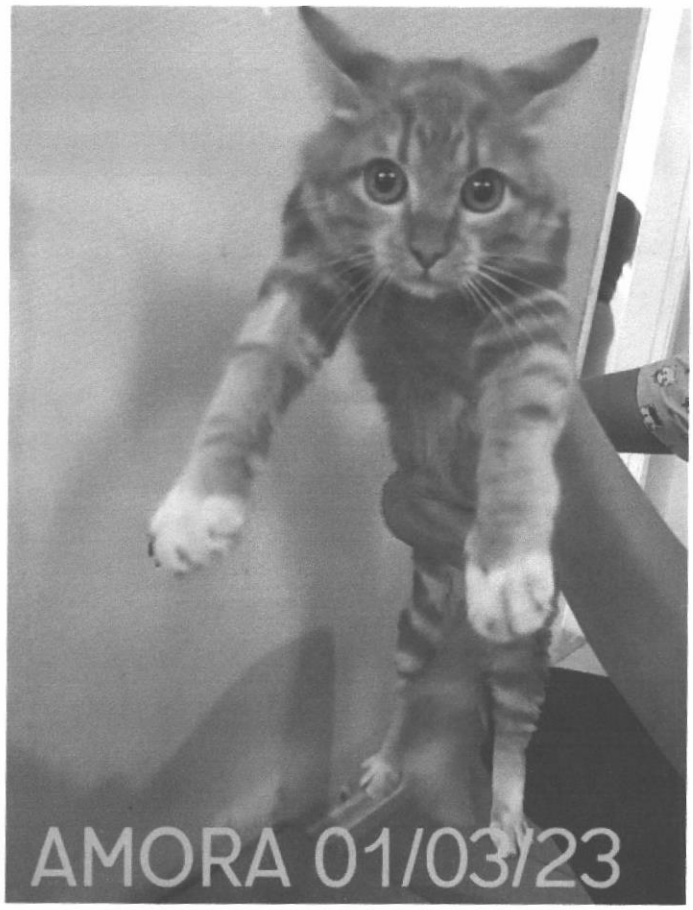
SAC CAIXA: 0800 726 0101
Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492
Ouvidoria: 0800 725 7474
Alô CAIXA: 0800 104 0104



177



178



177

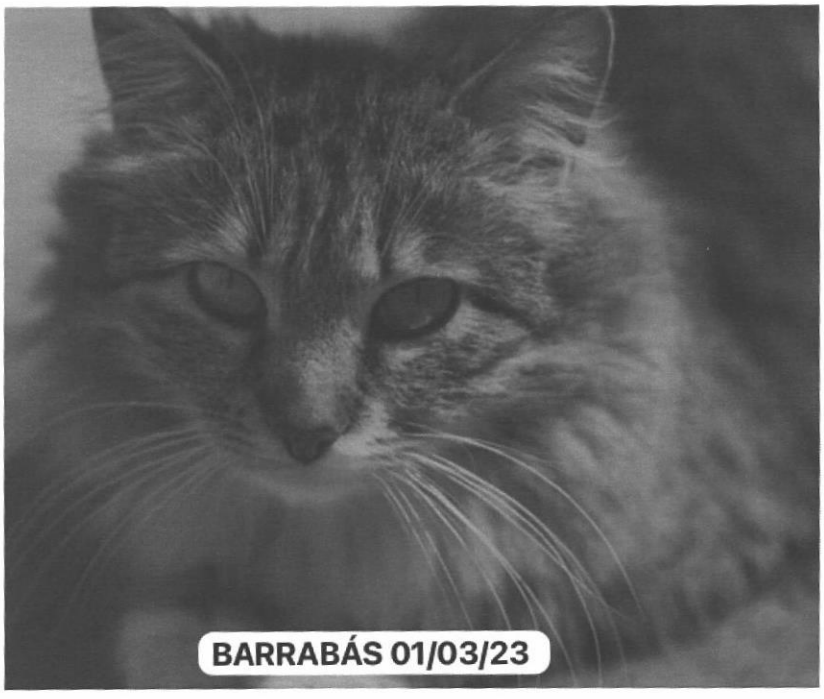


180

004280



181



182

004281



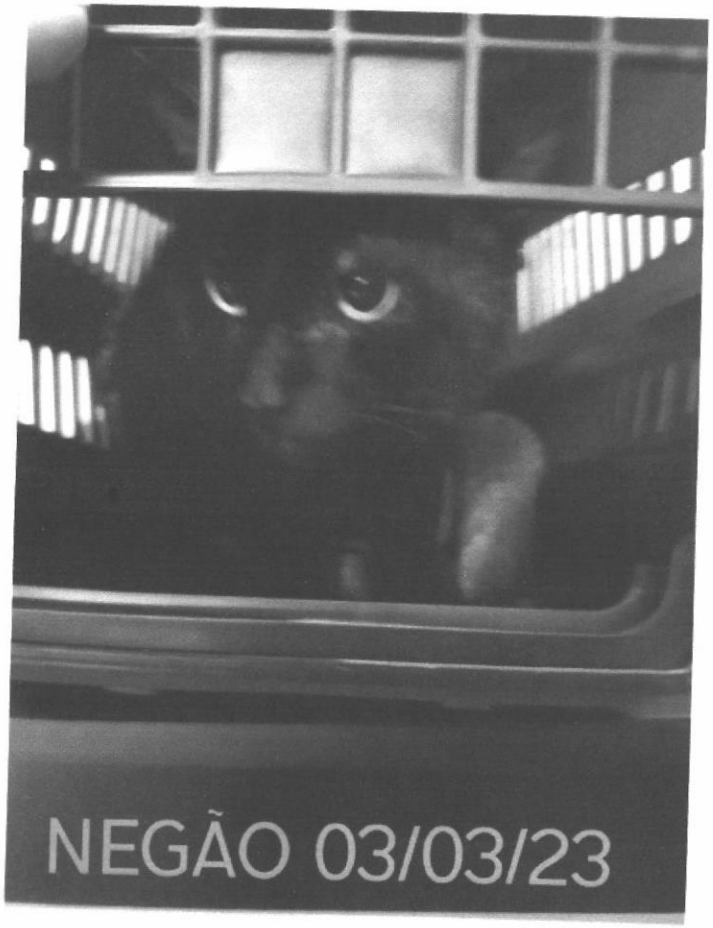
184



185



186



187

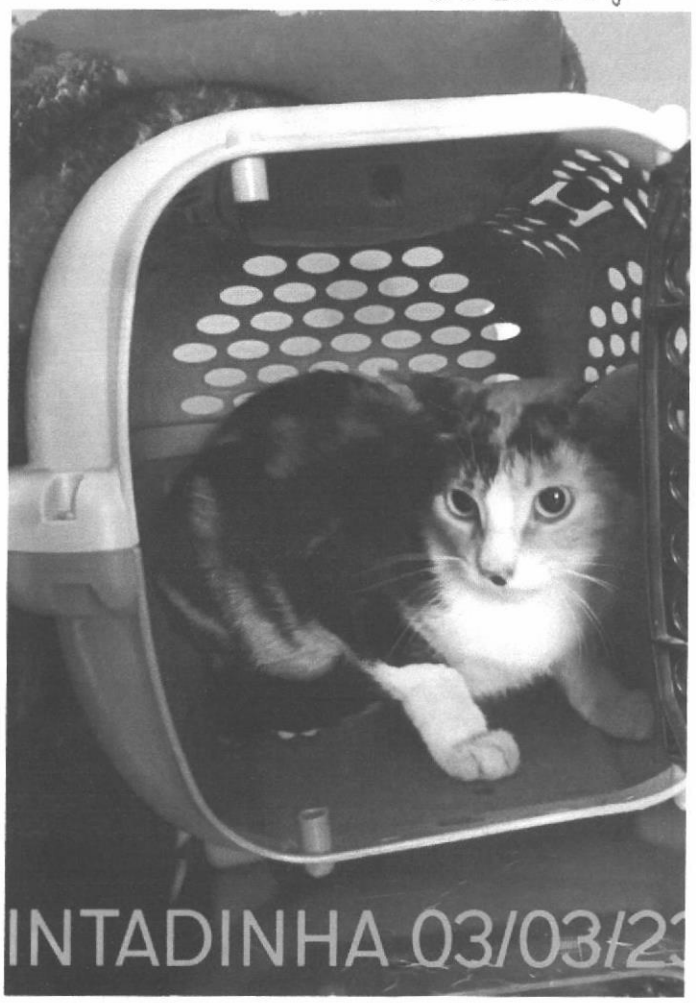


188



189

004284



170



171

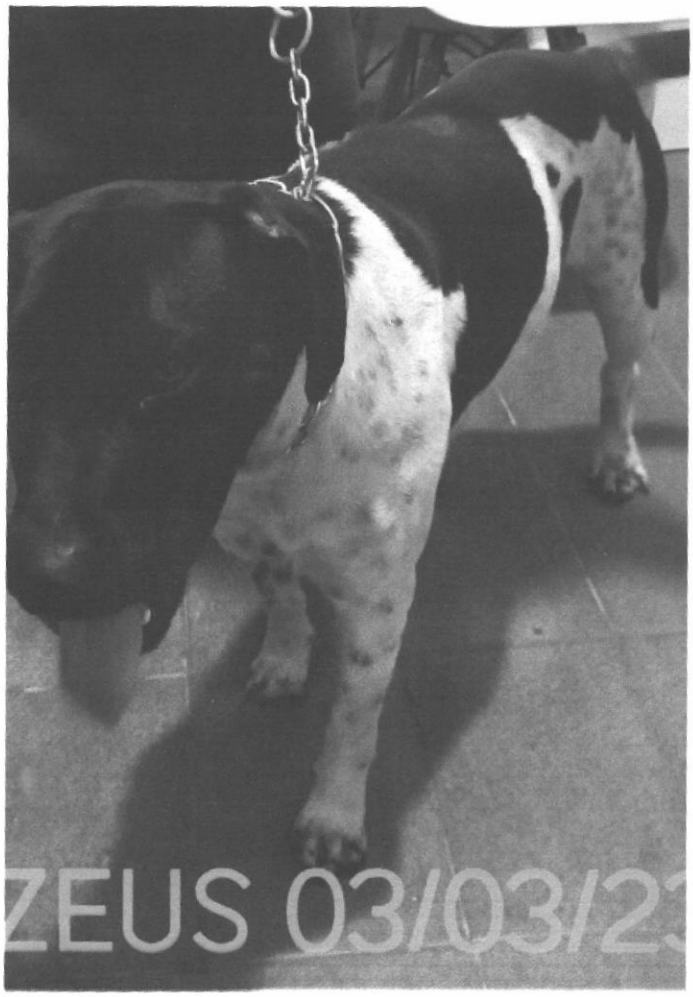


172



173

004286



194



195



196



197

004288



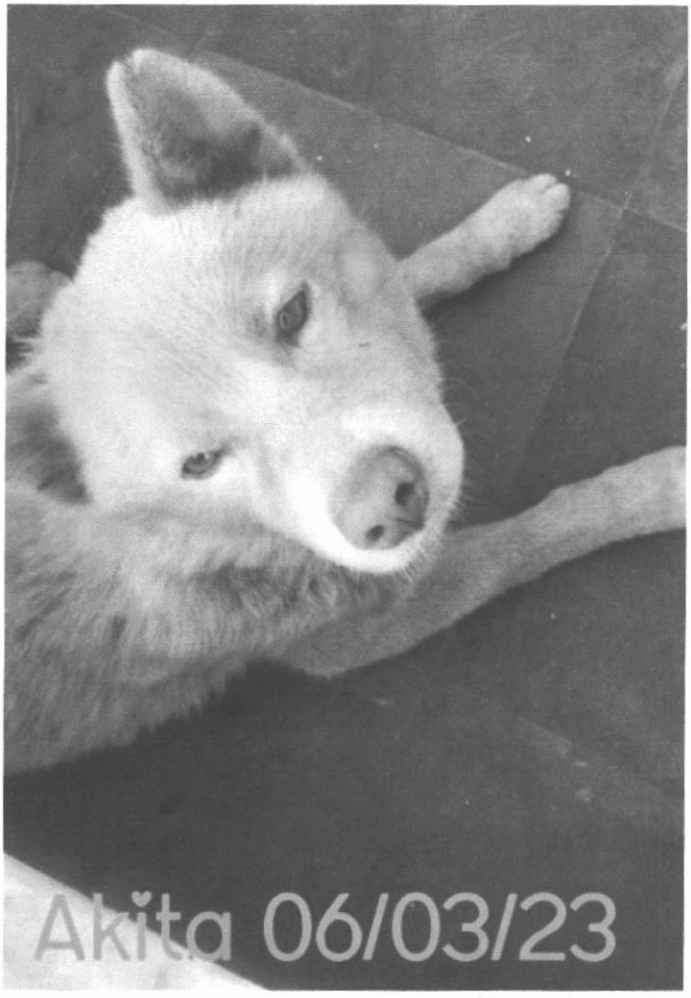
e 06/03/23

198



177

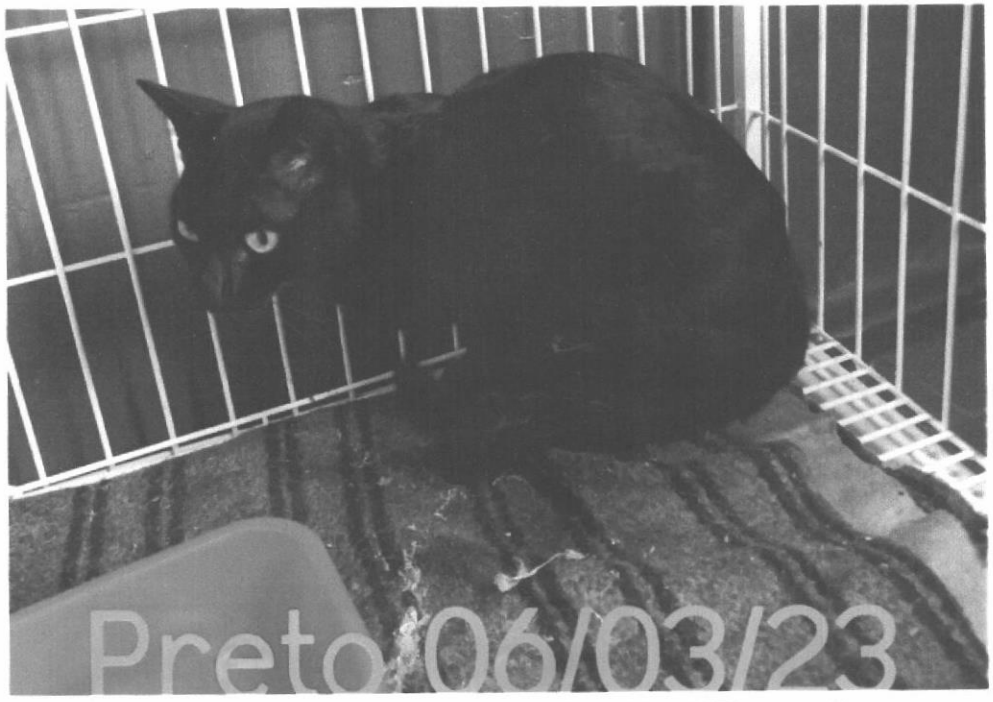
004289



200



201

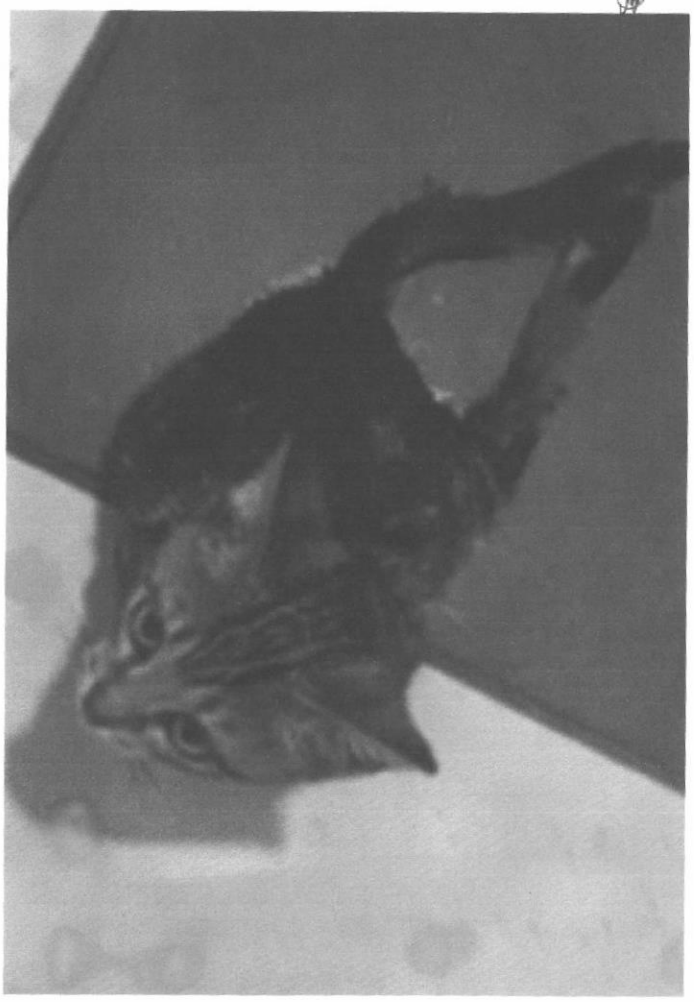


002



003

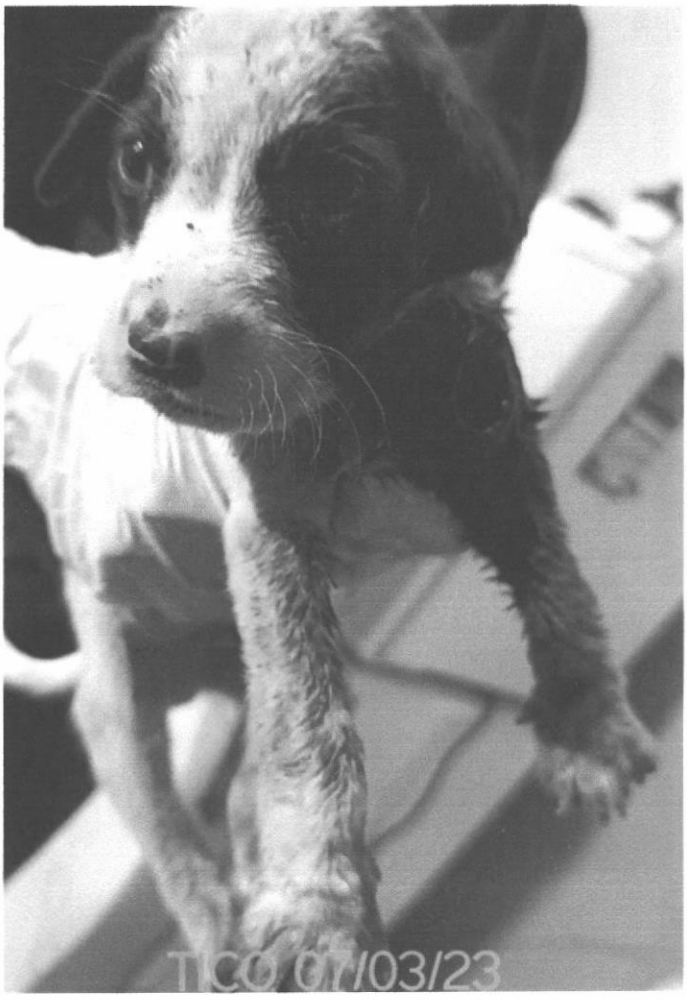
004291



204



205



206



207



206



207

004294



210



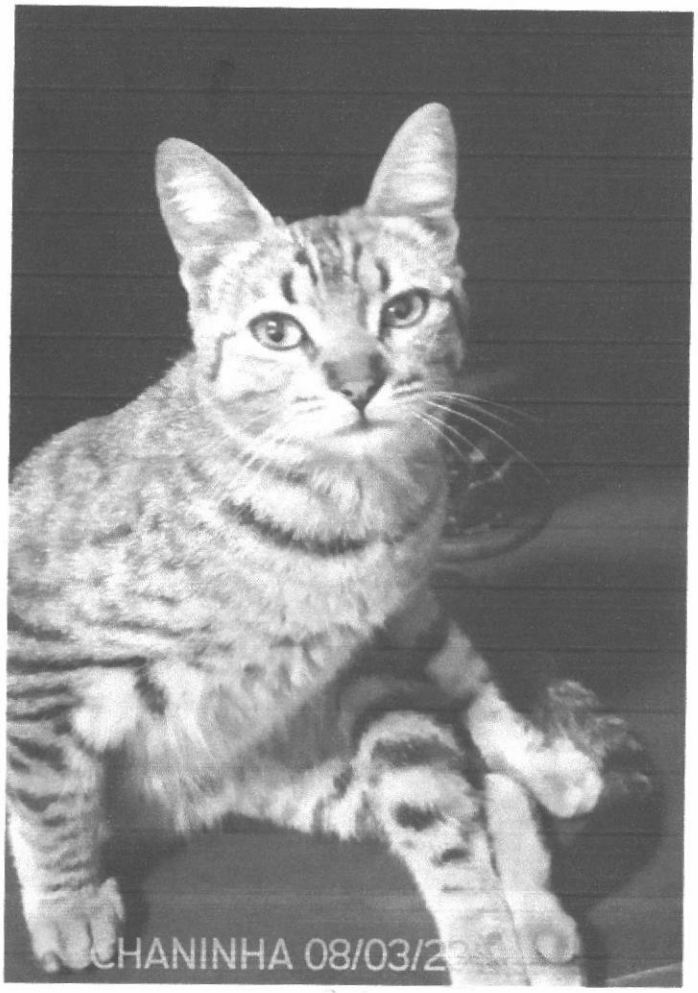
211



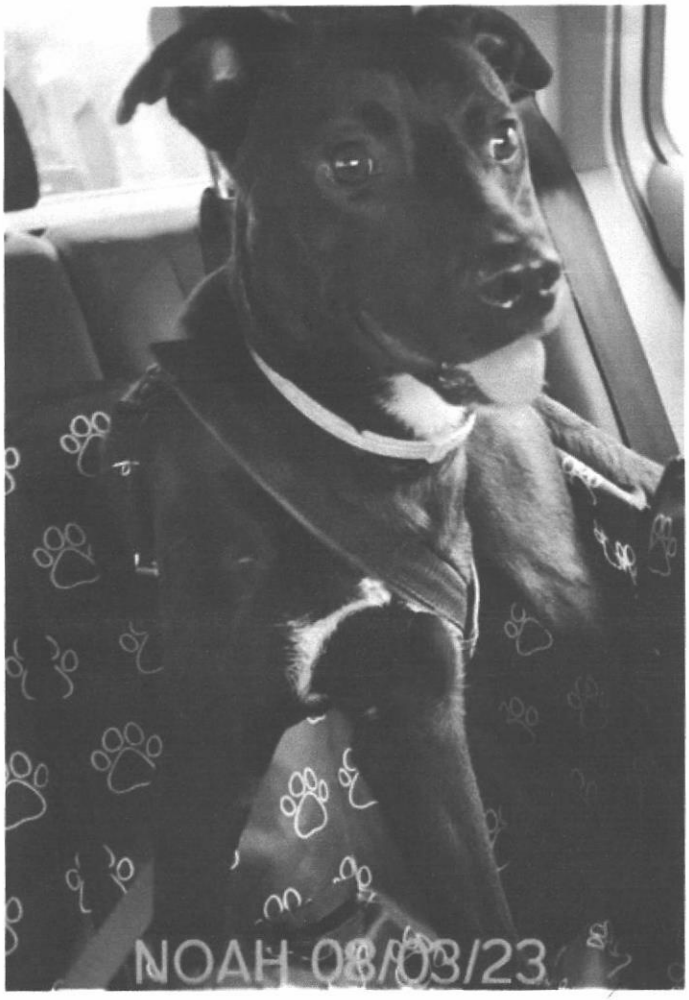
S12



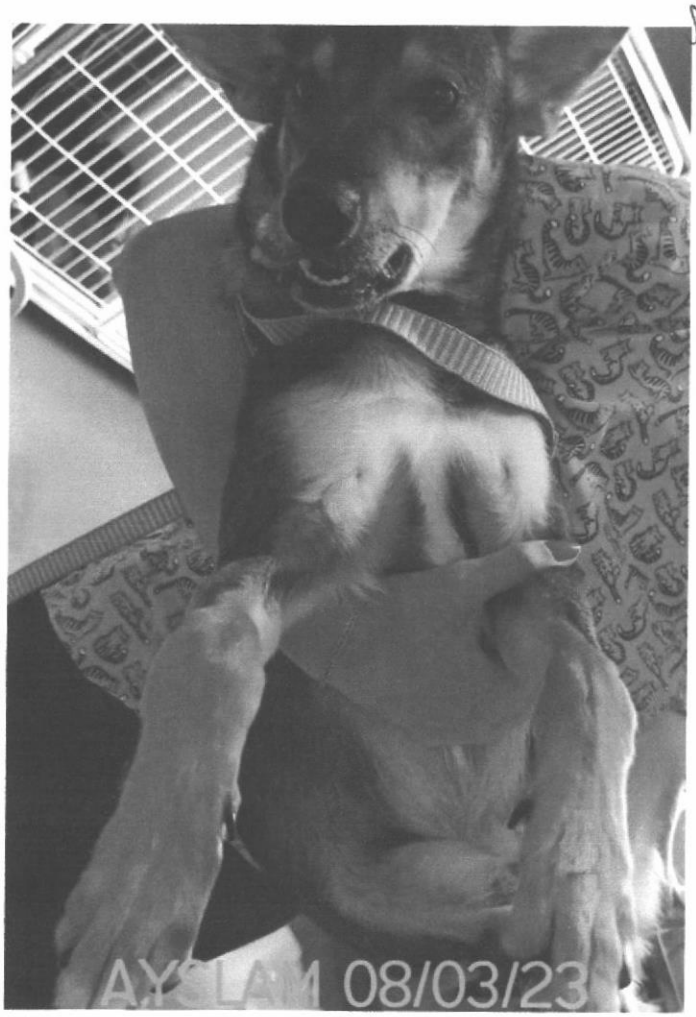
S13



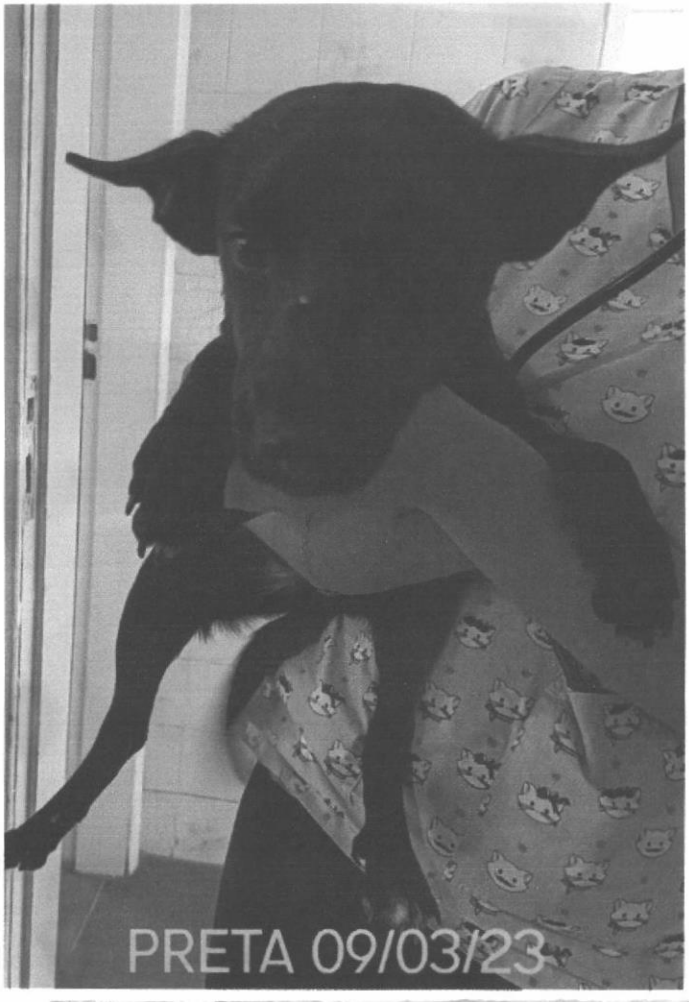
214



215



216



217

004298



219



220

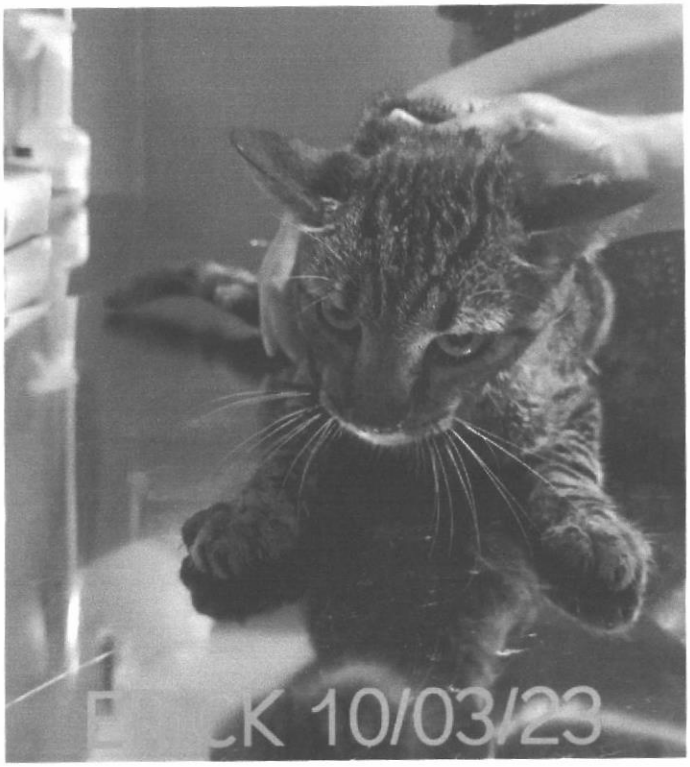


221



222

004300



223



224



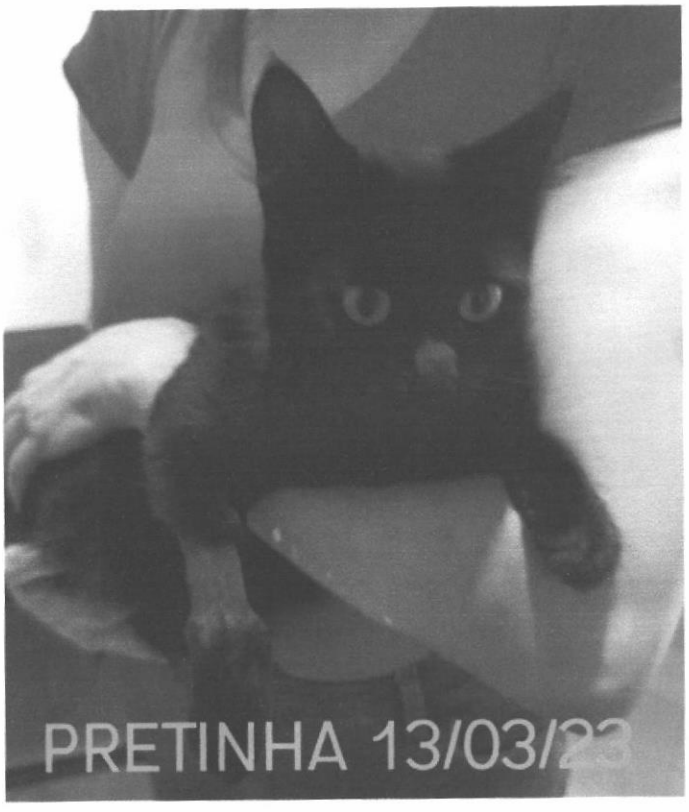
225



226



227



228



229



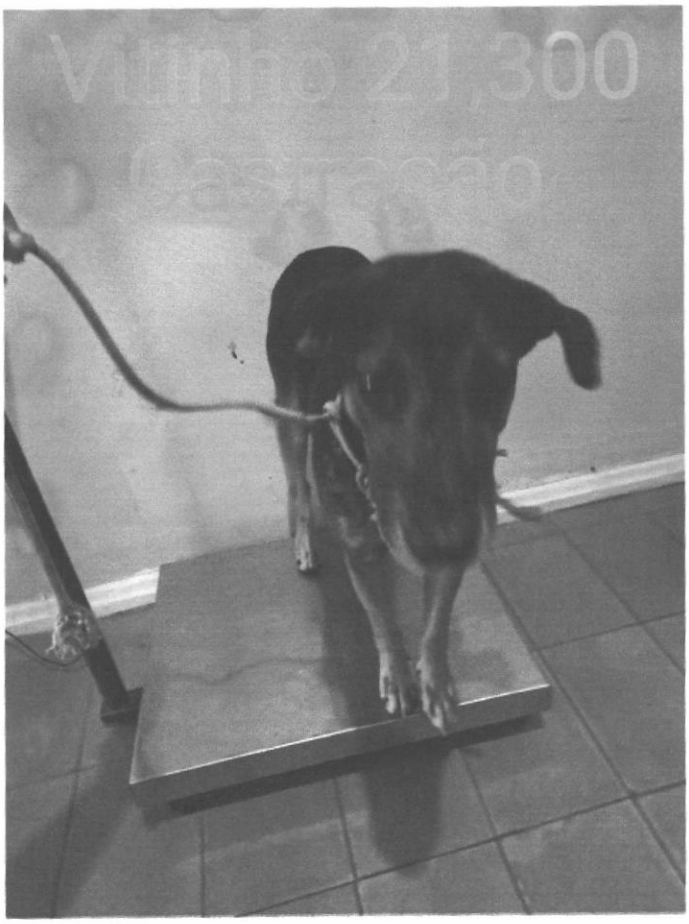
230



231



232



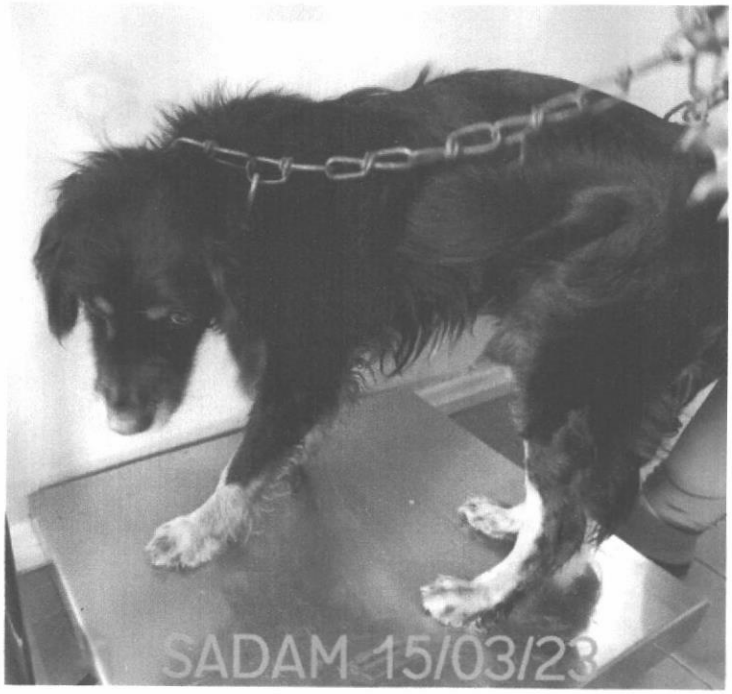
933



934



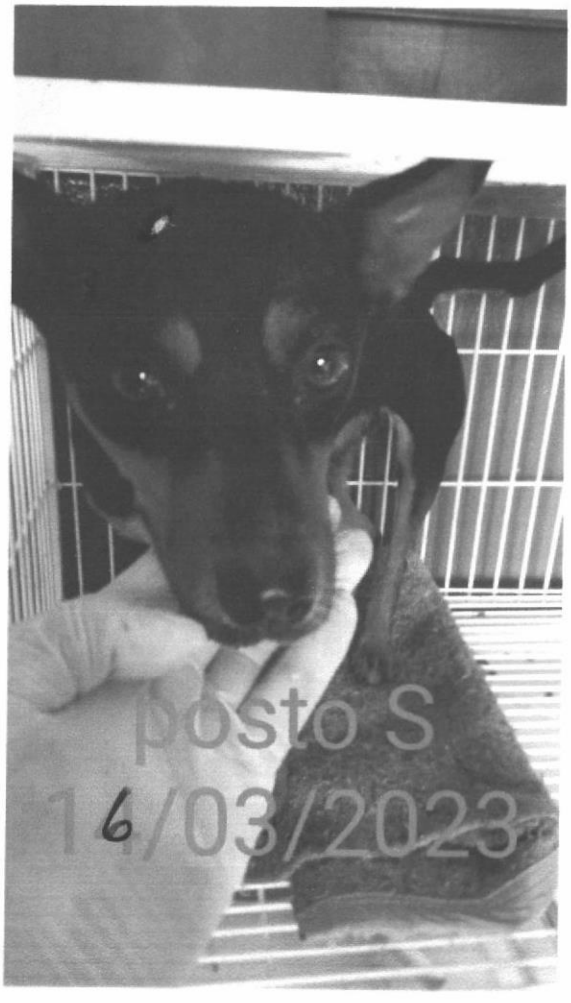
235



236



237



004308



240



241



242



243



944



945

004311



246



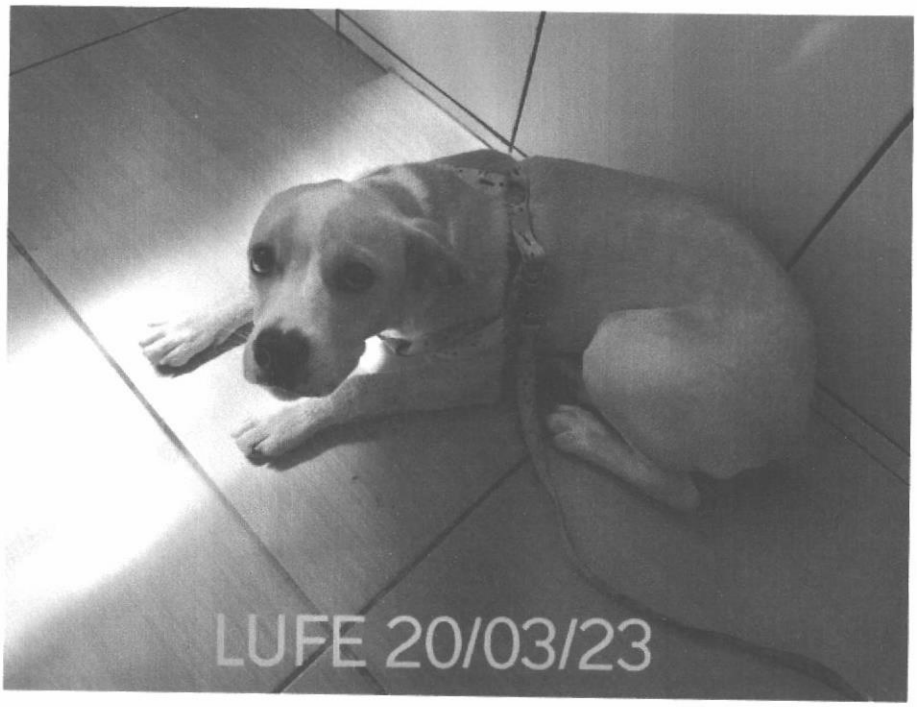
247



248



249



250



251



252



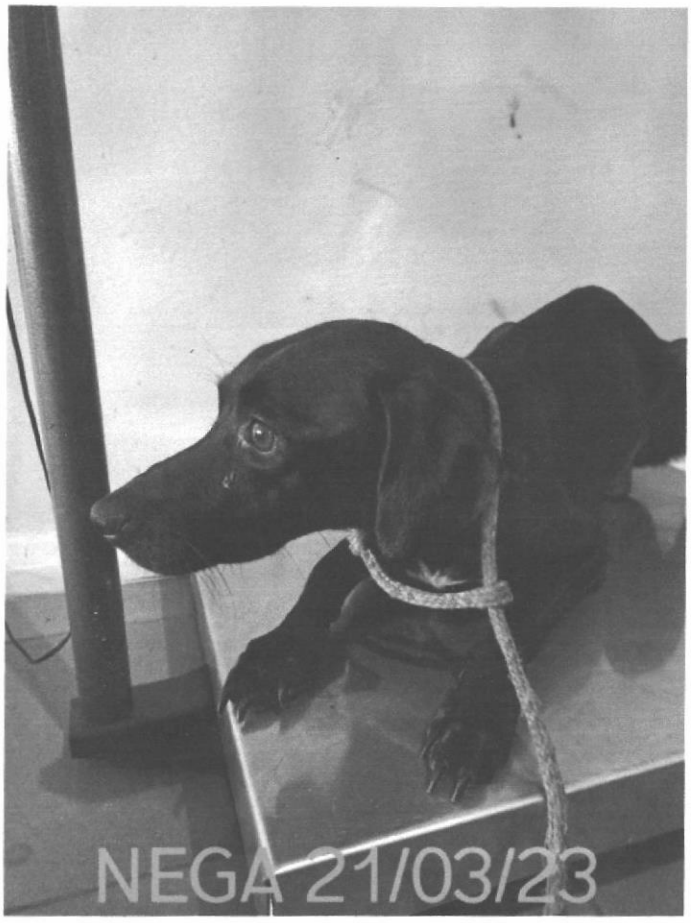
253



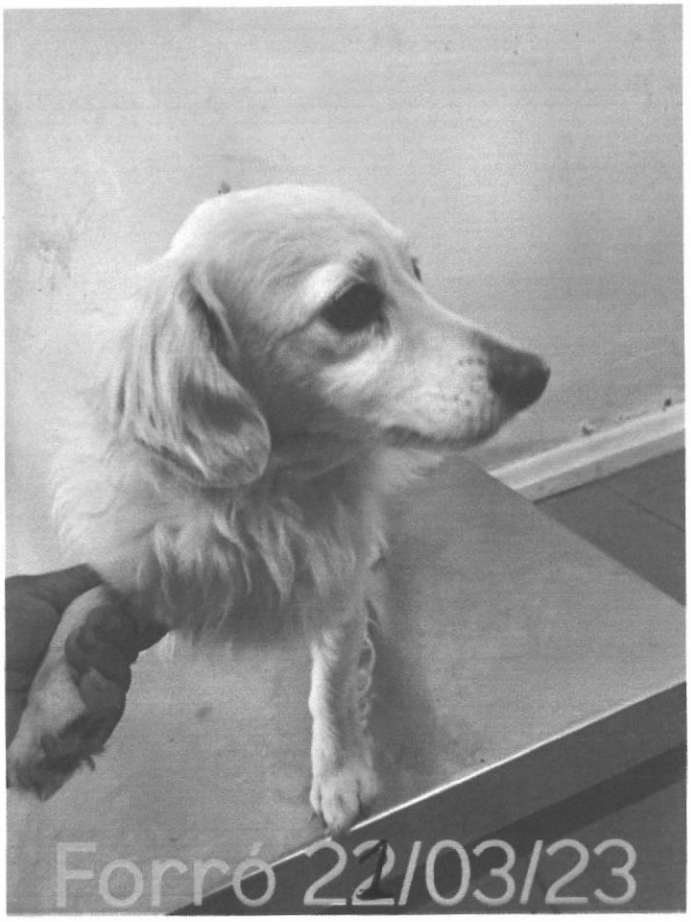
054



055



256

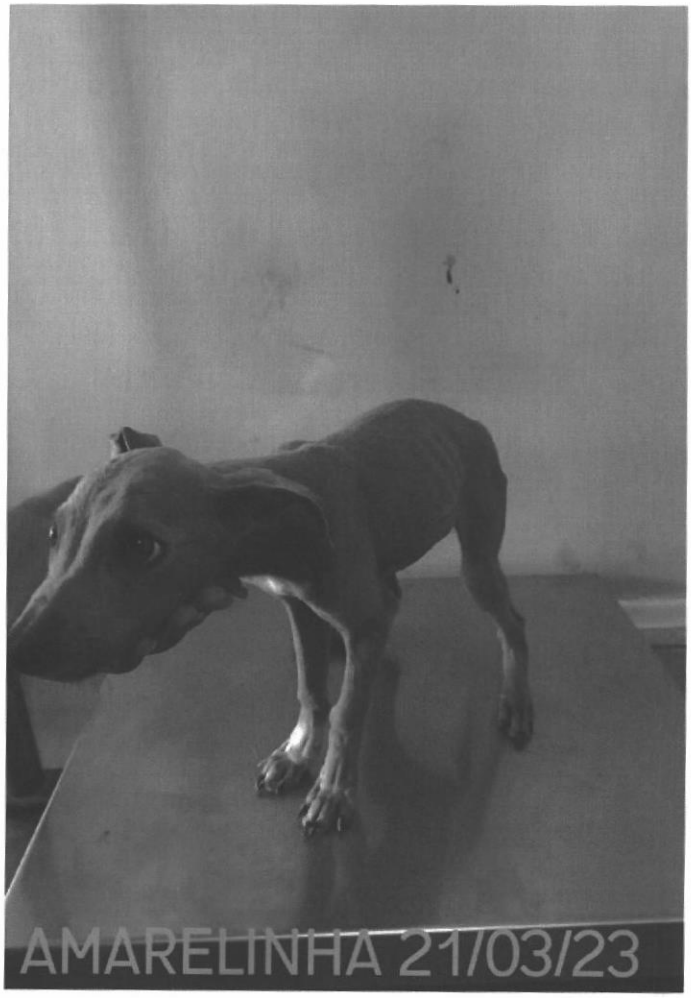


257

004317



258



257



260



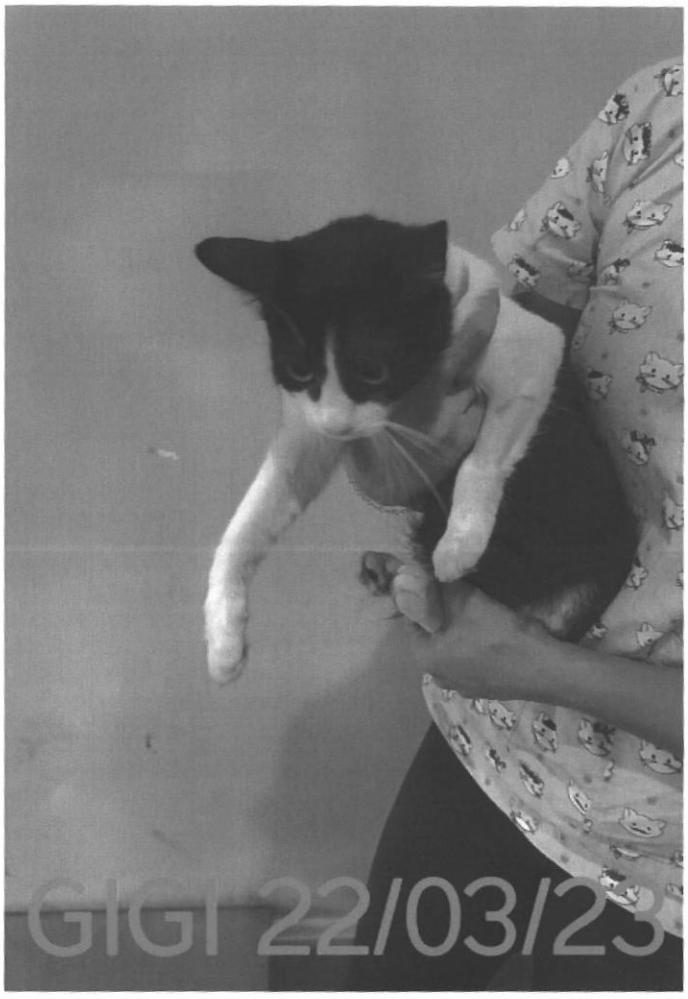
261



262



263



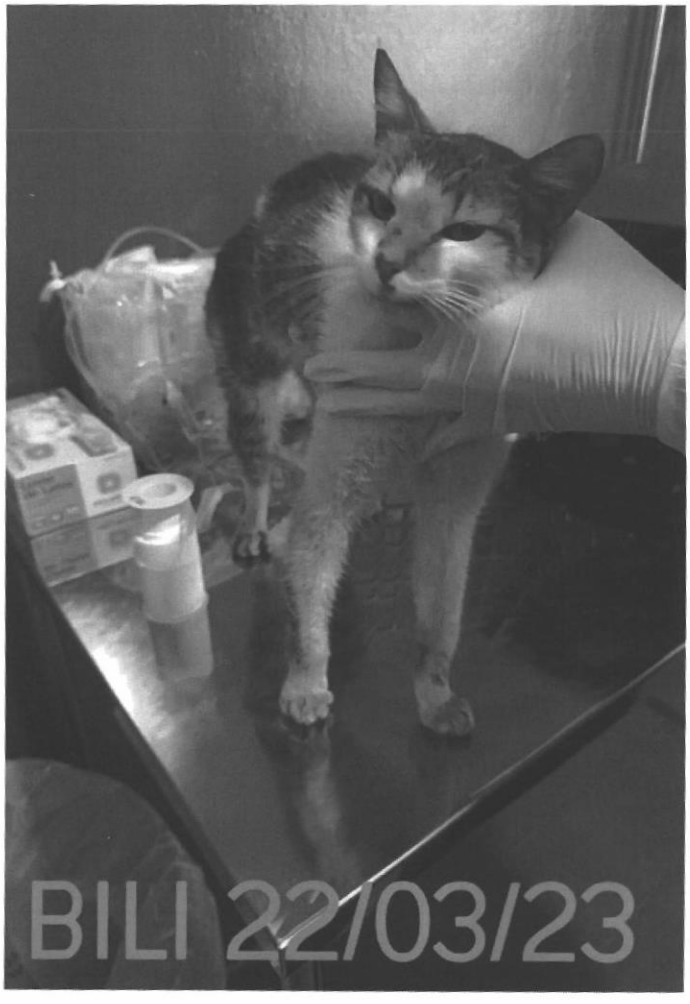
264



265



966



967



268



269

004323



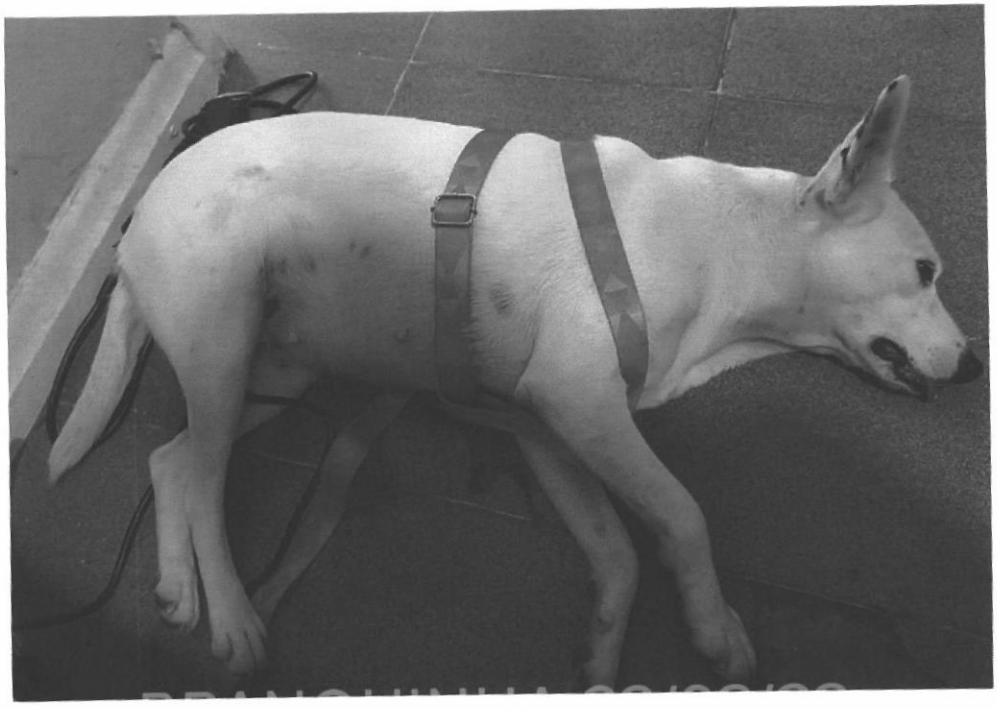
270



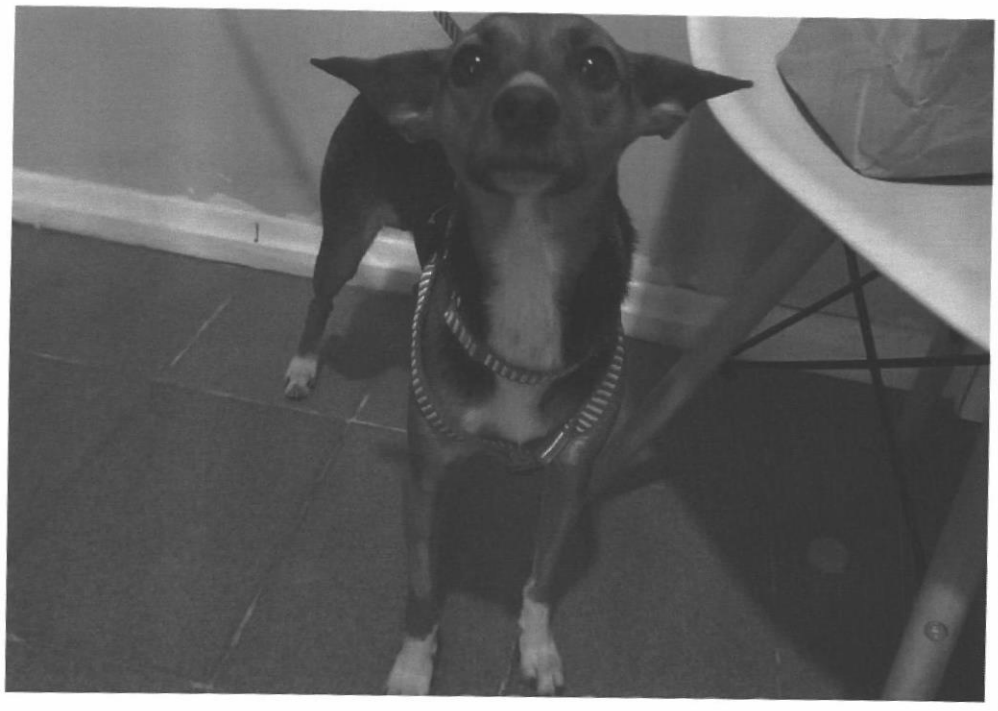
271



272



273



274



275



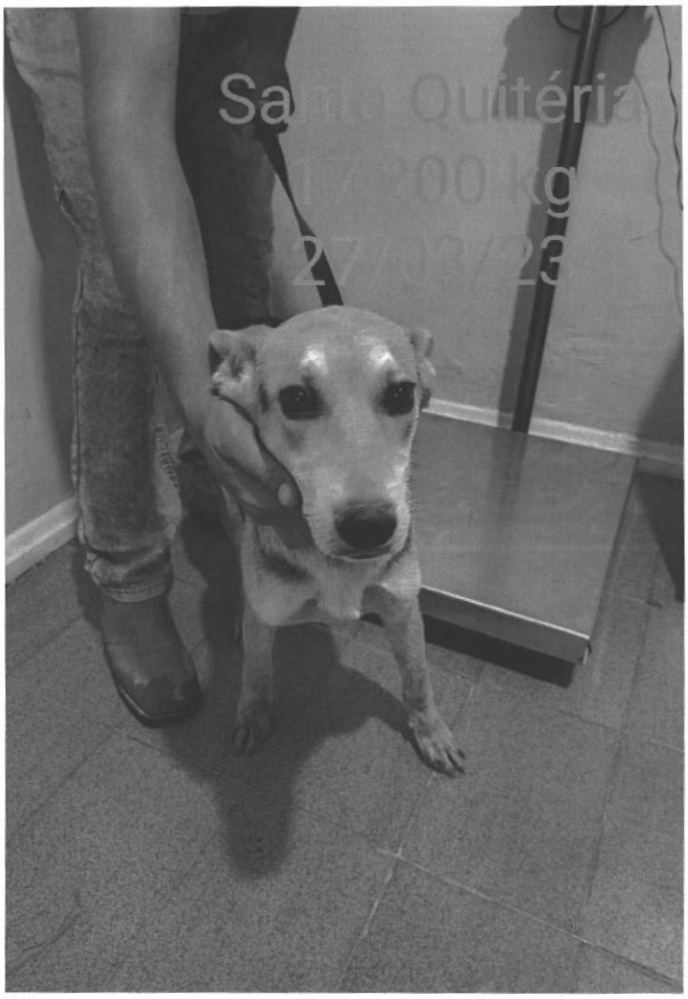
276



277



278

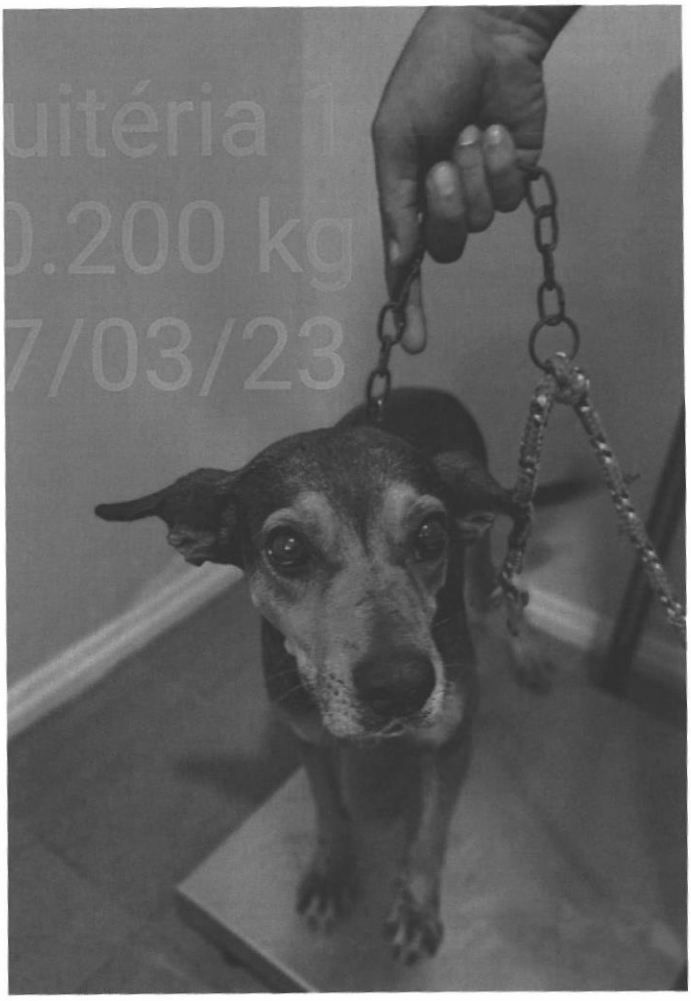


279

004328



280



281



PRETINHA 27/03/23

282



283

004330

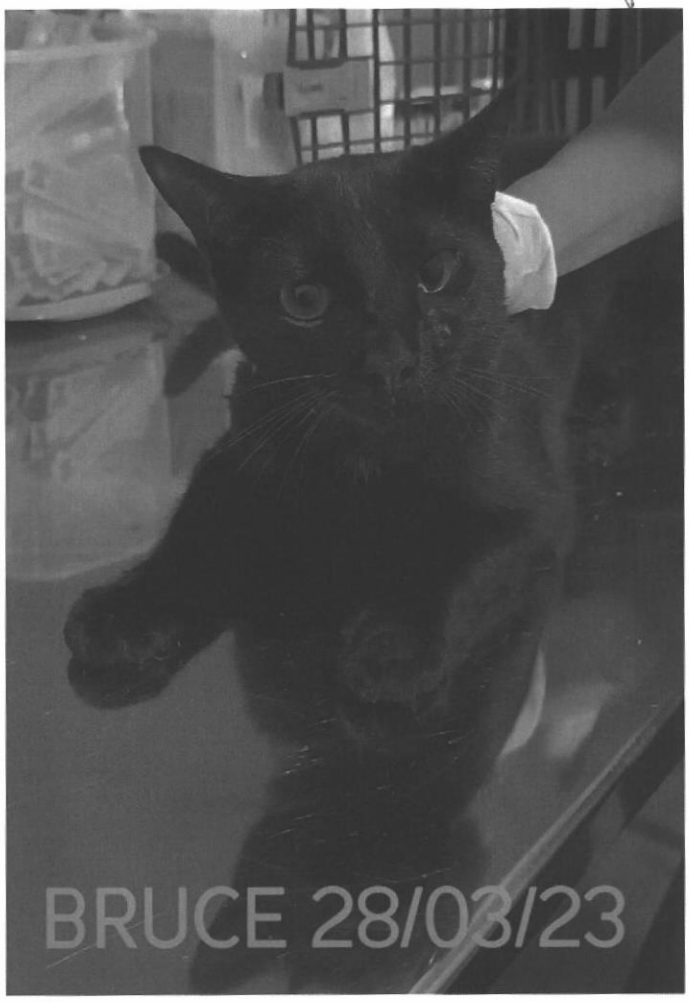


284



285

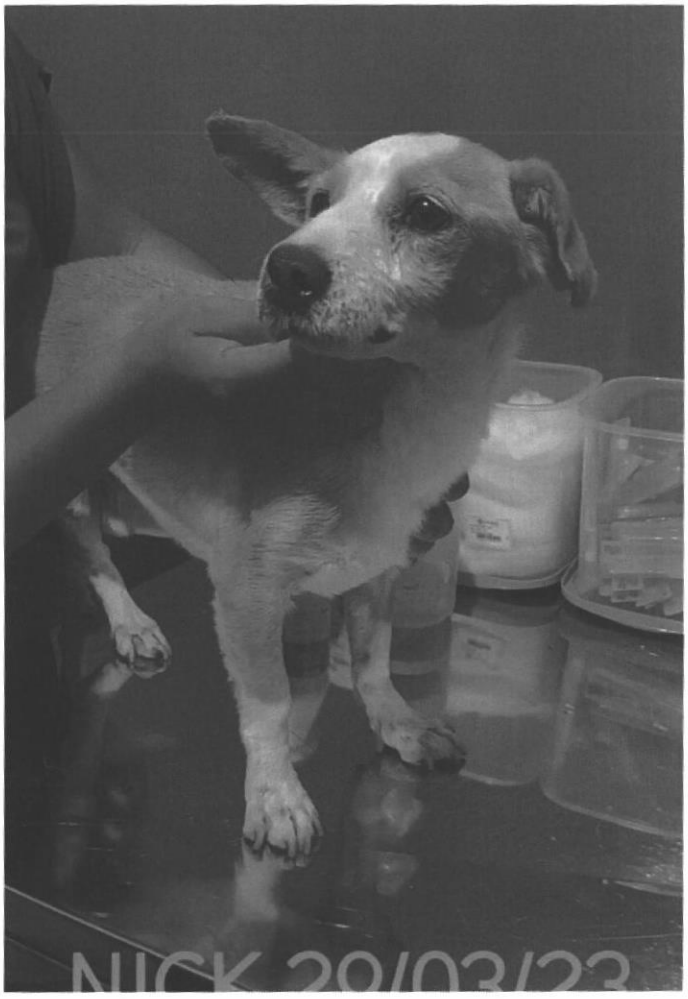
004331



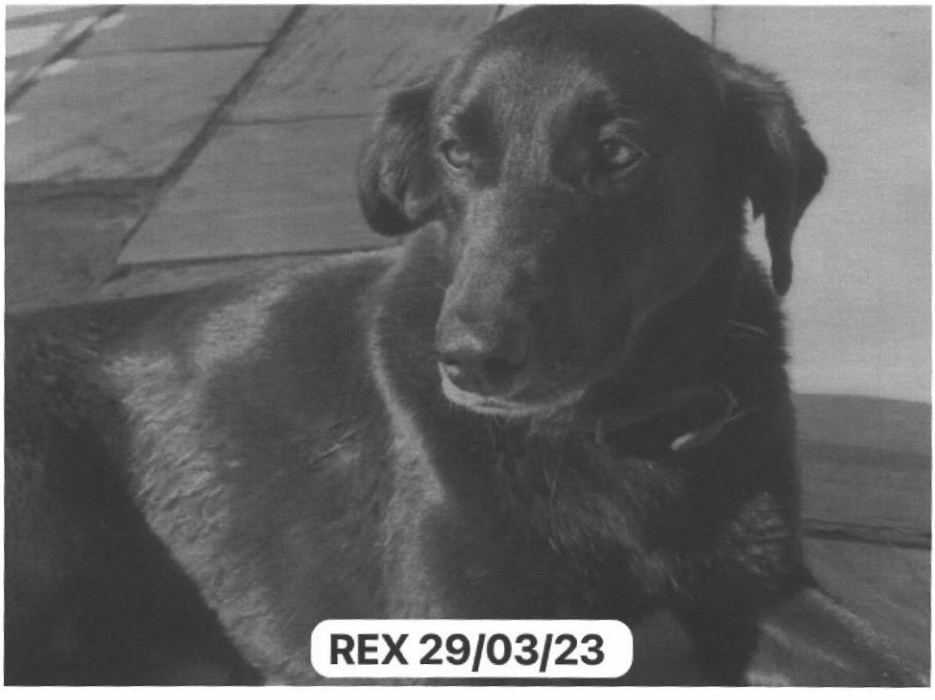
286



287



288



287



270



271



292



293



274



275



296



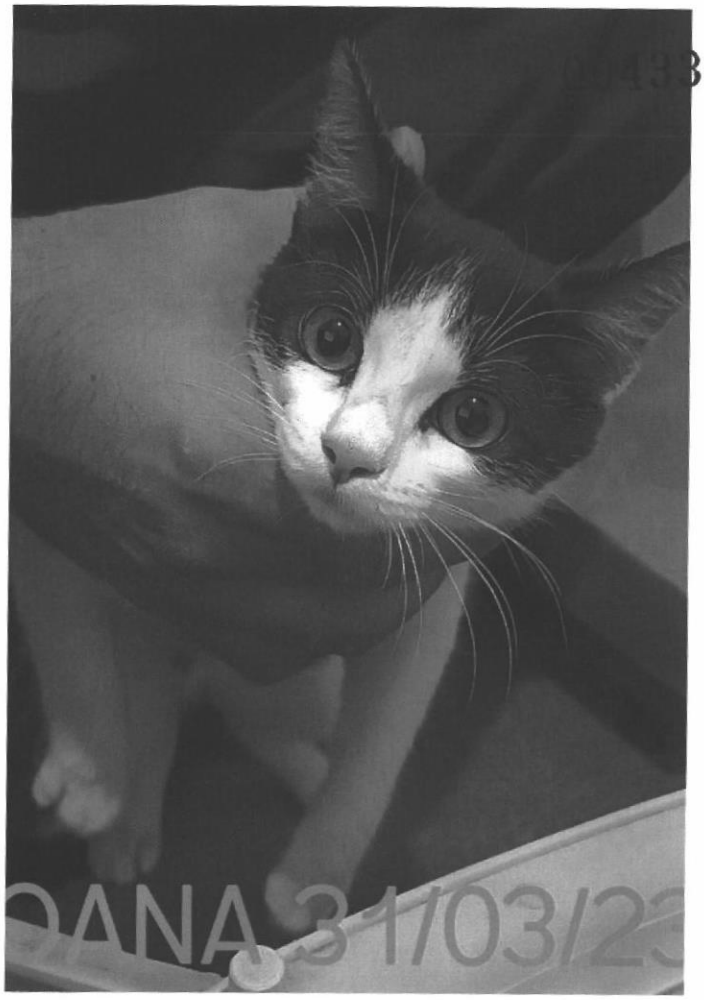
297



278



279



300



301

004339



302



303



304



305



306



307



308



307



310



311



312



313



314



315



316



317



318



317

PRETO 29/03/23



320

e 30/03/23

MARÇODE 2023

TOTAL DE ANIMAIS ATENDIDOS = 141

CACHORRO MACHO = 54

CACHORRO FÊMEA = 54

GATO MACHO = 17

GATO FÊMEA = 14

1 MARITACA

1 COELHO

APENAS CONSULTA = 37

INTERNAÇÃO = 25

ANIMAIS C/ TUTOR ATENDIDOS = 42

CACHORRO MACHO = 10

CACHORRO FÊMEA = 13

GATO MACHO = 7

GATO FÊMEA = 12

ANIMAIS S/ TUTOR ATENDIDOS = 99

CIRURGIAS DIVERSAS = 13

CACHORRO MACHO = 4 (C/ TUTOR) – 1 (S/ TUTOR)

CACHORRO FÊMEA = 6 (C/ TUTOR) – 1 (S/ TUTOR)

GATO MACHO = 1 (S/ TUTOR)

GATO FÊMEA = 0

CIRURGIAS DE CASTRAÇÃO = 74

CACHORRO MACHO = 10 (C/ TUTOR) – 11 (S/ TUTOR)

CACHORRO FÊMEA = 13 (C/ TUTOR) – 17 (S/ TUTOR)

GATO MACHO = 7 (C/ TUTOR) – 4 (S/ TUTOR)

GATO FÊMEA = 12 (C/ 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

004350

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: 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: Rainha, Espécie: (X) cão / ( ) gato, Raça: SRD
Sexo: (X) fêmea / ( ) 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: 01/03/2023
Nome do responsável pela captura: Marcelo
Local do recolhimento (nome da rua e bairro): Fonte das Pedrinhas
Motivo do recolhimento: Tumor de mama

3- Procedência do animal: ( ) canil municipal ( ) rua Outro: Tutor baixa renda

4- 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

CLINICA / MEDICO VETERINARIO

1- Avaliação do animal pelo médico veterinário responsável pela realização dos procedimentos veterinários: Sintomas/q geral do animal: Peso: 18 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)	Quantitat
01/03/23	Consulta	
10/03/23	Cirurgia Mastectomia	

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): 10/03/23
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): De 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 DE CONGONHAS
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE / DIRETORIA DE ATENÇÃO BÁSICA
DEPTO. FISC. E VIGILÂNCIA EM SAÚDE / SETOR DE ZOONOSES

004351

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: 178 /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: Lica, Espécie: (X) cão / ( ) gato, Raça: SRD
Sexo: (X) fêmea / ( ) macho, Porte: ( ) pequeno / ( ) médio / (X) grande, Pelagem: (X) curta / ( ) longa.
Cor e características marcantes: Preto, amarelo, rasgada

2- Dados sobre a captura do animal: Data do recolhimento: 01/03/2023
Nome do responsável pela captura: Vonatelli
Local do recolhimento (nome da rua e bairro): Praça
Motivo do recolhimento: Não está se alimentando, está com tumor e bichinho

3- Procedência do animal: ( ) canil municipal ( ) rua Outro: Tutor mora sozinha

4- Responsável pelo encaminhamento do animal para procedimento veterinário: ( ) Setor de Zoonoses (X) OSC PARC
Motivo do encaminhamento: Não está se alimentando, está com tumor e bichinho na orelha.

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: 13,9kg, não está se alimentando, está com tumor e bichinho na orelha (vide a foto)

2- Lista dos procedimentos e medicamentos utilizados.

Data do procedimento	Descrição do(s) procedimento(s) realizado(s) (consulta, internação, cirurgia, exame, etc)	Quantitat
01/03/23	Consulta + internação + pedido 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): 12/03/23
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 p/ abrigo em 12/03/23

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

001352

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: 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: Jamira, Espécie: ( ) cão / (X) gato, Raça: SRD
Sexo: (X) fêmea / ( ) macho, Porte: ( ) pequeno / (X) médio / ( ) grande, Pelagem: (X) curta / ( ) longa.
Cor e características marcantes: Amarela

2- Dados sobre a captura do animal: Data do recolhimento: 01/03/2023
Nome do responsável pela captura: Lídia e Aparecida
Local do recolhimento (nome da rua e bairro): Rua Francisco Mendes Batista
Motivo do recolhimento: castração

3- Procedência do animal: ( ) canil municipal ( ) rua Outro: Juiza Barra Verde

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: 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
01/03/23	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): 01/03/23
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 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

004353

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: 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: Charlote, Espécie: ( ) cão / (X) gato, Raça: SRD
Sexo: (X) fêmea / ( ) 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: 01/03/2023
Nome do responsável pela captura: Nilson
Local do recolhimento (nome da rua e bairro): Rua Maria Inacarta
Motivo do recolhimento: castração

3- Procedência do animal: ( ) canil municipal ( ) rua Outro: Tutora baixa renda

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: 2,5, castração

2- Lista dos procedimentos e medicamentos utilizados.

Data do procedimento	Descrição do(s) procedimento(s) realizado(s) (consulta, internação, cirurgia, exame, etc)	Quantitat
01/03/23	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): 01/03/23
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 casa da tutora

Isabella Aparecida 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 004354
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: 161 /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: Rei Julion, Espécie: ( ) cão / (X) gato, Raça: SRD
Sexo: ( ) fêmea / (X) macho, Porte: ( ) pequeno / (X) médio / ( ) grande, Pelagem: (X) curta / ( ) longa.
Cor e características marcantes: Cinza, tigrado

2- Dados sobre a captura do animal: Data do recolhimento: 01/03/2023
Nome do responsável pela captura: Maria Fernanda
Local do recolhimento (nome da rua e bairro): —
Motivo do recolhimento: castração

3- Procedência do animal: ( ) canil municipal ( ) rua Outro: Tutor bairro Vinda

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: 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
01/03/23	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): 01/03/23
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 casa do tutor

Isabella G. Arruda Marinho
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

004355

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: Barabás, Espécie: ( ) cão / (X) gato, Raça: SRD
Sexo: ( ) fêmea / (X) macho, Porte: ( ) pequeno / (X) médio / ( ) grande, Pelagem: ( ) curta / (X) longa.
Cor e características marcantes: pelinho peludo.

2- Dados sobre a captura do animal: Data do recolhimento: 01/03/2023
Nome do responsável pela captura: Amanda
Local do recolhimento (nome da rua e bairro): Ruas Moreira
Motivo do recolhimento: castração

3- Procedência do animal: ( ) canil municipal ( ) rua Outro: Tutora. Doado. 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

CLINICA / MÉDICO VETERINÁRIO

1- Avaliação do animal pelo médico veterinário responsável pela realização dos procedimentos veterinários: Sintomas/qu geral do animal: Peso: 4,2 Kg, castrado

2- Lista dos procedimentos e medicamentos utilizados.

Data do procedimento	Descrição do(s) procedimento(s) realizado(s) (consulta, internação, cirurgia, exame, etc)	Quantitat
01/03/23	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): 01/03/23
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): De volta para casa da tutora

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

004356

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: Chiquita, Espécie: (X) cão / ( ) gato, Raça: Pinscher
Sexo: (X) fêmea / ( ) macho, Porte: (X) pequeno / ( ) médio / ( ) grande, Pelagem: (X) curta / ( ) longa.
Cor e características marcantes: Bem pequena.

2- Dados sobre a captura do animal: Data do recolhimento: 02/03/2023
Nome do responsável pela captura: Resciliana de Oxumo
Local do recolhimento (nome da rua e bairro): Bairro Tijuca
Motivo do recolhimento: Papiloma

3- Procedência do animal: ( ) canil municipal ( ) rua Outro: Tutor baixa renda

4- Responsável pelo encaminhamento do animal para procedimento veterinário: ( ) Setor de Zoonoses (X) OSC PARC
Motivo do encaminhamento: Papiloma

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: 1,8 kg, Papiloma

2- Lista dos procedimentos e medicamentos utilizados.

Data do procedimento	Descrição do(s) procedimento(s) realizado(s) (consulta, internação, cirurgia, exame, etc)	Quantitat
02/03/23	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): 02/03/23
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 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

004357

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: 185/2023

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: Mel, Espécie: (X) cão / ( ) gato, Raça: SRD
Sexo: (X) fêmea / ( ) macho, Porte: ( ) pequeno / (X) médio / ( ) grande, Pelagem: (X) curta / ( ) longa.
Cor e características marcantes: Caramelo e Preto

2- Dados sobre a captura do animal: Data do recolhimento: 02/03/2023
Nome do responsável pela captura: José Marcio Silveira
Local do recolhimento (nome da rua e bairro): Bairro Matias
Motivo do recolhimento: Tumor de Mama

3- Procedência do animal: ( ) canil municipal ( ) rua Outro: Tutor Baixa Renda

4- 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

CLINICA / MEDICO VETERINARIO

1- Avaliação do animal pelo médico veterinário responsável pela realização dos procedimentos veterinários: Sintomas/q geral do animal: Peso: 12,0 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)	Quantitat
02/03/23	Consulta + pedido de ultrassom	

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): 02/03/23
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 casa do Tutor.

Isabella G. Fernandes
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

004358

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: 116 / 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: Xuxinha, Espécie: (X) cão / ( ) gato, Raça: SRD
Sexo: ( ) fêmea / (X) macho, Porte: ( ) pequeno / ( ) médio / (X) grande, Pelagem: (X) curta / ( ) longa.
Cor e características marcantes: Marron

2- Dados sobre a captura do animal: Data do recolhimento: 08/03/2023
Nome do responsável pela captura: Toni
Local do recolhimento (nome da rua e bairro): Bairro Xuxinha (Posto)
Motivo do recolhimento: Miiase na orelha

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: Miiase 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: 16.7kg Miiase 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
03/03/23	Consulta e 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): De volta para local de resgate

Marcello Augusto de Souza 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

004359

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: Nuvão, 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: 03/03/2023
Nome do responsável pela captura: Luciane Aparecida Moreira dos Reis
Local do recolhimento (nome da rua e bairro): Bairro Lucas Monteiro
Motivo do recolhimento: Apresentando Sarna

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: Apresentando Sarna

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: —, 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
03/03/23	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): 03/03/23
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): De volta para casa do tutor

Assinatura do Médico Veterinário

Ac...

PREFEITURA DE CONGONHAS
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE / DIRETORIA DE ATENÇÃO BÁSICA
DEPTO. FISC. E VIGILÂNCIA EM SAÚDE / SETOR DE ZOONOSES

004360

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: 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: Pitoli, 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 bege

2- Dados sobre a captura do animal: Data do recolhimento: 03/03/2023
Nome do responsável pela captura: Isabela
Local do recolhimento (nome da rua e bairro): Cristo Rei
Motivo do recolhimento: Castração

3- Procedência do animal: ( ) canil municipal ( ) rua Outro: Tutor de baixa renda

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: 2,0 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
03/03/23	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): 03/03/23
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 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

004361

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: Fúria, Espécie: ( ) cão / (X) gato, Raça: SRD
Sexo: (X) fêmea / ( ) macho, Porte: ( ) pequeno / (X) médio / ( ) grande, Pelagem: (X) curta / ( ) longa.
Cor e características marcantes: marron com branco

2- Dados sobre a captura do animal: Data do recolhimento: 03/03/2023
Nome do responsável pela captura: Luiz
Local do recolhimento (nome da rua e bairro): Rua Sapiro Jardim Pereira
Motivo do recolhimento: cirurgia

3- Procedência do animal: ( ) canil municipal ( ) rua Outro: Tutor Doou vinda

4- Responsável pelo encaminhamento do animal para procedimento veterinário: ( ) Setor de Zoonoses (X) OSC PARC
Motivo do encaminhamento: cirurgia

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: —, cirurgia

2- Lista dos procedimentos e medicamentos utilizados.

Data do procedimento	Descrição do(s) procedimento(s) realizado(s) (consulta, internação, cirurgia, exame, etc)	Quantitat
03/03/23	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): 03/03/23
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): de volta para casa do tutor

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 BÁSICA
DEPTO. FISC. E VIGILÂNCIA EM SAÚDE / SETOR DE ZOONOSES

004362

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: 190 120 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: Rinaldinho, Espécie: ( ) cão / (X) gato, Raça: SRD
Sexo: (X) fêmea / ( ) macho, Porte: ( ) pequeno / (X) médio / ( ) grande, Pelagem: (X) curta / ( ) longa.
Cor e características marcantes: tricolor

2- Dados sobre a captura do animal: Data do recolhimento: 03/03/2023
Nome do responsável pela captura: Vizinha
Local do recolhimento (nome da rua e bairro): Rua Safira Jardim Pereira
Motivo do recolhimento: castração

3- Procedência do animal: ( ) canil municipal ( ) rua Outro: Tutor Bairro Conda

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: ____, castração

2- Lista dos procedimentos e medicamentos utilizados.

Data do procedimento	Descrição do(s) procedimento(s) realizado(s) (consulta, internação, cirurgia, exame, etc)	Quantitat
03/03/23	Orquiectomia	

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): 03/03/23
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 casa do tutor

Rosabella G. Fernanda 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

004363

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: 17/2023

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: Guinho, 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: 03/03/2023
Nome do responsável pela captura: Toninho.
Local do recolhimento (nome da rua e bairro): Centro
Motivo do recolhimento: castração

3- Procedência do animal: ( ) canil municipal ( ) rua Outro: Tutor baixa renda

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: 2,8kg, castração

2- Lista dos procedimentos e medicamentos utilizados.

Data do procedimento	Descrição do(s) procedimento(s) realizado(s) (consulta, internação, cirurgia, exame, etc)	Quantitat
03/03/23	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): 03/03/23
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): Ir para sua 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

004364

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: 172/2023

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: Peludo, Espécie: (X) cão / ( ) gato, Raça: SRD
Sexo: ( ) fêmea / (X) macho, Porte: ( ) pequeno / (X) médio / ( ) grande, Pelagem: ( ) curta / (X) longa.
Cor e características marcantes: Preto, pelo grandinho

2- Dados sobre a captura do animal: Data do recolhimento: 03/03/2023
Nome do responsável pela captura: Tatiane Alves de Melo
Local do recolhimento (nome da rua e bairro): Rua Reino 310 Alvorada
Motivo do recolhimento: suspeito de TVT

3- Procedência do animal: ( ) canil municipal ( ) rua Outro: Tutor pessoa renda

4- Responsável pelo encaminhamento do animal para procedimento veterinário: ( ) Setor de Zoonoses ( ) OSC PARC
Motivo do encaminhamento: suspeito de TVT

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: —, suspeito de TVT

2- Lista dos procedimentos e medicamentos utilizados.

Data do procedimento	Descrição do(s) procedimento(s) realizado(s) (consulta, internação, cirurgia, exame, etc)	Quantitat
03/03/23	consulta + pedido 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): 03/03/23
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 pelo 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 I SETOR DE ZOONOSES

004365

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: 173/2023

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: Preguita, 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: 03/03/2023
Nome do responsável pela captura: Jon
Local do recolhimento (nome da rua e bairro): Veio do canil do org
Motivo do recolhimento: ferida na barriga

3- Procedência do animal: ( ) canil municipal ( ) rua Outro: Veio do canil do org

4- Responsável pelo encaminhamento do animal para procedimento veterinário: ( ) Setor de Zoonoses (x) OSC PARC
Motivo do encaminhamento: ferida na barriga.

_____
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: 9,6kg, ferida na barriga.

2- Lista dos procedimentos e medicamentos utilizados.

Data do procedimento	Descrição do(s) procedimento(s) realizado(s) (consulta, internação, cirurgia, exame, etc)	Quantitat
03/03/23	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): 03/03/23
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

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 ___/___/_____

004366

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: 174 /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: Tuiu, 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: 03/03/2023
Nome do responsável pela captura: Junia Pereira da Silva
Local do recolhimento (nome da rua e bairro): Rua Tiradentes Novo Horizonte
Motivo do recolhimento: com dificuldade e vizinhos denunciou

3- Procedência do animal: ( ) canil municipal ( ) rua Outro: tutor de baixa renda

4- Responsável pelo encaminhamento do animal para procedimento veterinário: ( ) Setor de Zoonoses (X) OSC PARC
Motivo do encaminhamento: com dificuldade e vizinhos denunciou.

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: 25Kg, com dificuldade e vizinhos denunciou.

2- Lista dos procedimentos e medicamentos utilizados.

Data do procedimento	Descrição do(s) procedimento(s) realizado(s) (consulta, internação, cirurgia, exame, etc)	Quantitat
03/03/23	consulta veterinária NO hotel	

Medicamento(s) prescrito(s)	Dose	Número de dias de tratamento (data do inicio do tratamento e data final tratamento)
Tour dil —	—	__/__/__ a __/__/__ ( ) dias
oposto		__/__/__ 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): 03/03/23
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 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 004367
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: 175/2023

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: Mônica, 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 amarelo

2- Dados sobre a captura do animal: Data do recolhimento: 06/03/2023
Nome do responsável pela captura: Maria do Socorro
Local do recolhimento (nome da rua e bairro): Luiz Monteiro
Motivo do recolhimento: Castração

3- Procedência do animal: ( ) canil municipal ( ) rua Outro: Tutor Doido Vendo

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: 3,5 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
06/03/23	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): 06/03/23
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): Levado 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

004368

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: 196/2023

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: Laila, Espécie: (X) cão / ( ) gato, Raça: SRD
Sexo: (X) fêmea / ( ) macho, Porte: ( ) pequeno / ( ) médio / ( ) grande, Pelagem: ( ) curta / ( ) longa.
Cor e características marcantes: Preta e amarela faltando pelos (Sirnas)

2- Dados sobre a captura do animal: Data do recolhimento: 06/03/2023
Nome do responsável pela captura: Ana Maria Resende
Local do recolhimento (nome da rua e bairro): Jardim Belo Vista
Motivo do recolhimento: Castração

3- Procedência do animal: ( ) canil municipal ( ) rua Outro: Tutor bairro vinda

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: 18,5kg castração

2- Lista dos procedimentos e medicamentos utilizados.

Data do procedimento	Descrição do(s) procedimento(s) realizado(s) (consulta, internação, cirurgia, exame, etc)	Quantitat
06/03/23	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): 06/03/23
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 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

004369

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: 197 /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: (X) pequeno / ( ) médio / ( ) grande, Pelagem: (X) curta / ( ) longa.
Cor e caracteristicas marcantes: Preta com pequenas

2- Dados sobre a captura do animal: Data do recolhimento: 06/03/2023
Nome do responsável pela captura: Bianca
Local do recolhimento (nome da rua e bairro): Bairro Residencial
Motivo do recolhimento: Abandono

3- Procedência do animal: ( ) canil municipal ( ) rua Outro: Tutor busca ajuda

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: 5,8kg castração

2- Lista dos procedimentos e medicamentos utilizados.

Data do procedimento	Descrição do(s) procedimento(s) realizado(s) (consulta, internação, cirurgia, exame, etc)	Quantitat
06/03/23	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): 06/03/23
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 sua área de Risco

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 **004370**
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: 198 /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: Fuinha, 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: 06/03/2023
Nome do responsável pela captura: Raoni
Local do recolhimento (nome da rua e bairro): Rua José Marques
Motivo do recolhimento: castração

3- Procedência do animal: ( ) canil municipal ( ) rua Outro: Entregue pela tutora

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: ____, castração

2- Lista dos procedimentos e medicamentos utilizados.

Data do procedimento	Descrição do(s) procedimento(s) realizado(s) (consulta, internação, cirurgia, exame, etc)	Quantitat
06/03/23	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): 06/03/23
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 pela tutora de onde foi retirada

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 **004371**
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: 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: Pipoca, Espécie: (X) cão / ( ) gato, Raça: SRD
Sexo: ( ) fêmea / (X) macho, Porte: (X) pequeno / ( ) médio / ( ) grande, Pelagem: (X) curta / ( ) longa.
Cor e características marcantes: Preto pata direita branca

2- Dados sobre a captura do animal: Data do recolhimento: 06/03/2023
Nome do responsável pela captura: Maria (dos Correios)
Local do recolhimento (nome da rua e bairro): Luiz Monteiro
Motivo do recolhimento: castração

3- Procedência do animal: ( ) canil municipal ( ) rua Outro: Luiz. beira. rondo.

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: 3,7kg castração

2- Lista dos procedimentos e medicamentos utilizados.

Data do procedimento	Descrição do(s) procedimento(s) realizado(s) (consulta, internação, cirurgia, exame, etc)	Quantitat
06/03/23	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): 06/03/23
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): Ao Voltar para casa de Luiz

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

004372

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: 204 /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: Kito. Espécie: (X) cão / ( ) gato, Raça: Kito.
Sexo: ( ) fêmea / (X) macho, Porte: ( ) pequeno / (X) médio / ( ) grande, Pelagem: ( ) curta / (X) longa.
Cor e características marcantes: bronco

2- Dados sobre a captura do animal: Data do recolhimento: 06/03/2023
Nome do responsável pela captura: Vanderlei.
Local do recolhimento (nome da rua e bairro): —
Motivo do recolhimento: possível fratura de escapula umeral.

3- Procedência do animal: ( ) canil municipal ( ) rua Outro: _____

4- Responsável pelo encaminhamento do animal para procedimento veterinário: ( ) Setor de Zoonoses ( ) OSC PARC
Motivo do encaminhamento: possível fratura escapula umeral

_____
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: — possível fratura escapula umeral.

2- Lista dos procedimentos e medicamentos utilizados.

Data do procedimento	Descrição do(s) procedimento(s) realizado(s) (consulta, internação, cirurgia, exame, etc)	Quantitat
06/03/23	consulta, imunização + pedido de raio 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): 10/03/23
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): Voltará ao 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

004373

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: 201/2023

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: Max, Espécie: (X) cão / ( ) gato, Raça: SRD
Sexo: ( ) fêmea / (X) macho, Porte: ( ) pequeno / ( ) médio / ( ) grande, Pelagem: ( ) curta / (X) longa.
Cor e características marcantes: Marron, plagem com marcas pretas

2- Dados sobre a captura do animal: Data do recolhimento: 06/03/2023
Nome do responsável pela captura: Jorge Do conceição Pinto
Local do recolhimento (nome da rua e bairro): Praça 15 de agosto. Q Rua Maranhão
Motivo do recolhimento: hemorragia nas narinas e boca, dificuldade respiratória

3- Procedência do animal: ( ) canil municipal ( ) rua Outro: Tutor Doou renda

4- Responsável pelo encaminhamento do animal para procedimento veterinário: ( ) Setor de Zoonoses (X) OSC PARC
Motivo do encaminhamento: hemorragia nas narinas / boca, dificuldade respiratório

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: 22kg, hemorragia nas narinas e boca, dificuldade respiratória, Veio a obito em 06/03/23

2- Lista dos procedimentos e medicamentos utilizados.

Data do procedimento	Descrição do(s) procedimento(s) realizado(s) (consulta, internação, cirurgia, exame, etc)	Quantitat
06/03/23	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): 06/03/23
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): Veio a obito

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 DE CONGONHAS
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE / DIRETORIA DE ATENÇÃO BÁSICA
DEPTO. FISC. E VIGILÂNCIA EM SAÚDE / SETOR DE ZOONOSES

004374

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: 202/2023

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: Preto, 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: 06/03/2023
Nome do responsável pela captura: Vanderlei
Local do recolhimento (nome da rua e bairro): Bairro Ideal
Motivo do recolhimento: com bichinho na pata e ferido com feridas

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: com bichinho na pata, ferido com 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: —, com bichinho na pata e ferido com feridas

2- Lista dos procedimentos e medicamentos utilizados.

Data do procedimento	Descrição do(s) procedimento(s) realizado(s) (consulta, internação, cirurgia, exame, etc)	Quantitat
06/03/23	Consulta + cirurgia de ferimentos e retirada de bichos	

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): 0__/__/____
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

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

004375

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: 203/2023

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: Bil, 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: 06/03/2023
Nome do responsável pela captura: Luciana
Local do recolhimento (nome da rua e bairro): Residencial
Motivo do recolhimento: Bicheira na orelha

3- Procedência do animal: ( ) canil municipal ( ) rua Outro: Tutor Dona Sonia

4- Responsável pelo encaminhamento do animal para procedimento veterinário: ( ) Setor de Zoonoses (X) OSC PARC
Motivo do encaminhamento: Bicheira 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/q geral do animal: Peso: ____, Bicheira 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
06/03/23	consulta + retirada das bichas	

Medicamento(s) prescrito(s)	Dose	Número de dias de tratamento (data do início do tratamento e data final tratamento)
Ivermil pour on		__/__/__ 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): 06/03/23
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 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

004376

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: 207/2023

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: Vanessa, Espécie: ( ) cão / (X) gato, Raça: SRD
Sexo: (X) fêmea / ( ) macho, Porte: (X) pequeno / ( ) médio / ( ) grande, Pelagem: (X) curta / ( ) longa.
Cor e caracteristicas marcantes: cinza. rajada

2- Dados sobre a captura do animal: Data do recolhimento: 07/03/2023
Nome do responsável pela captura: Maria Helena Moreira
Local do recolhimento (nome da rua e bairro): Av. dos Portes 969 Basílica/Bonfim
Motivo do recolhimento: Provavel fratura de fêmur

3- Procedência do animal: ( ) canil municipal ( ) rua Outro: Tutor Paulo Renato

4- Responsável pelo encaminhamento do animal para procedimento veterinário: ( ) Setor de Zoonoses (X) OSC PARC
Motivo do encaminhamento: Provavel fratura de fêmur

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: 1,1kg, Provavel fratura de fêmur

2- Lista dos procedimentos e medicamentos utilizados.

Data do procedimento	Descrição do(s) procedimento(s) realizado(s) (consulta, internação, cirurgia, exame, etc)	Quantitat
07/03/23	Consulta + pedido de raio 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): 07/03/23
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 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

004377

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: 205 /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: Preta, Espécie: (X) cão / ( ) gato, Raça: SRD
Sexo: (X) fêmea / ( ) macho, Porte: ( ) pequeno / (X) médio / ( ) grande, Pelagem: (X) curta / ( ) longa.
Cor e características marcantes: Preto mo c e a ponta de branco

2- Dados sobre a captura do animal: Data do recolhimento: 07/03/2023
Nome do responsável pela captura: Toti
Local do recolhimento (nome da rua e bairro): Rio Maranhão
Motivo do recolhimento: Com dinheiro e sua mãe cio

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: Com dinheiro e sua mãe cio

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: ——, com dinheiro e sua mãe cio

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): Vai para o CCZ

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

004378

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: 206/2023

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: Tico, 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 preto pintado

2- Dados sobre a captura do animal: Data do recolhimento: 07/03/2023
Nome do responsável pela captura: Taci
Local do recolhimento (nome da rua e bairro): Rio Maranhão
Motivo do recolhimento: Bicheira

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

_____
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: 0,9 kg

2- Lista dos procedimentos e medicamentos utilizados.

Data do procedimento	Descrição do(s) procedimento(s) realizado(s) (consulta, internação, cirurgia, exame, etc)	Quantitat
07/03/23	consulta + internação e retirado das bichas	

Medicamento(s) prescrito(s)	Dose	Número de dias de tratamento (data do início do tratamento e data final tratamento)
Ivermil		__/__/__ a __/__/__ (__ dias
capstar		__/__/__ 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 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

004379

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: 207/2023

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: Milide, Espécie: (X) cão / ( ) gato, Raça: SRD
Sexo: (X) fêmea / ( ) macho, Porte: ( ) pequeno / (X) médio / ( ) grande, Pelagem: ( ) curta / (X) longa.
Cor e características marcantes: marrom e preto

2- Dados sobre a captura do animal: Data do recolhimento: 07/03/2023
Nome do responsável pela captura: Yon
Local do recolhimento (nome da rua e bairro): Rua Felicíssimo Mendes
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: 19,5 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
07/03/23	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): 07/03/23
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 local de captura

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

004380

8

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: 20 / 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:** (X) pequeno / ( ) médio / ( ) grande, **Pelagem:** (X) curta / ( ) longa.
Cor e características marcantes: Preta, mancha branca e rabinho marrom

2- Dados sobre a captura do animal: Data do recolhimento: 07/03/2023
Nome do responsável pela captura: Yan
Local do recolhimento (nome da rua e bairro): Rua Antônio Batista
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:** 4,0 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
07/03/23	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): 07/03/23
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 local de resgate

Rodolfo B. A. 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

004381

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: 207/2023

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: Mel, Espécie: (X) cão / ( ) gato, Raça: SRD
Sexo: (X) fêmea / ( ) macho, Porte: (X) pequeno / ( ) médio / ( ) grande, Pelagem: (X) curta / ( ) longa.
Cor e características marcantes: preta e branca

2- Dados sobre a captura do animal: Data do recolhimento: 07/03/2023
Nome do responsável pela captura: Rebeca
Local do recolhimento (nome da rua e bairro): rua Dr. Santo Assis nº 29 Centro
Motivo do recolhimento: cirurgia

3- Procedência do animal: ( ) canil municipal ( ) rua Outro: Levada pela tutora

4- Responsável pelo encaminhamento do animal para procedimento veterinário: ( ) Setor de Zoonoses ( ) OSC PARC
Motivo do encaminhamento: cirurgia

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: 6,6 kg, cirurgia

2- Lista dos procedimentos e medicamentos utilizados.

Data do procedimento	Descrição do(s) procedimento(s) realizado(s) (consulta, internação, cirurgia, exame, etc)	Quantitat
07/03/23	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): 07/03/23
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 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 004382
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: 210 /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: Xeiudo, Espécie: (X) cão / ( ) gato, Raça: Pit Bull
Sexo: (X) fêmea / ( ) macho, Porte: ( ) pequeno / (X) médio / ( ) grande, Pelagem: (X) curta / ( ) longa.
Cor e características marcantes: Onça

2- Dados sobre a captura do animal: Data do recolhimento: 07/03/2023
Nome do responsável pela captura: Taí
Local do recolhimento (nome da rua e bairro): Beco do canil da onça
Motivo do recolhimento: castração

3- Procedência do animal: ( ) canil municipal ( ) rua Outro: canil da onça

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: 17kg, castração

2- Lista dos procedimentos e medicamentos utilizados.

Data do procedimento	Descrição do(s) procedimento(s) realizado(s) (consulta, internação, cirurgia, exame, etc)	Quantitat
07/03/23	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): 07/03/23
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): De volta para o canil da Ong

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

004383

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: 211 /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: Toco, 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: 07/03/2023
Nome do responsável pela captura: Toi
Local do recolhimento (nome da rua e bairro): Rua maranhão
Motivo do recolhimento: perto filhote

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: com bichinho na boca

_____
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: 0.900kg bichinho. um disco

2- Lista dos procedimentos e medicamentos utilizados.

Data do procedimento	Descrição do(s) procedimento(s) realizado(s) (consulta, internação, cirurgia, exame, etc)	Quantitat
07/03/23	Consulto. + Internação e retirado do bicho	

Medicamento(s) prescrito(s)	Dose	Número de dias de tratamento (data do início do tratamento e data final tratamento)
Luvidil		/ / a / / (dias
expetor		/ / 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): Lar Doce Lar 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

004384

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: 212 /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: Peludo, Espécie: (X) cão / ( ) gato, Raça: SRD
Sexo: ( ) fêmea / (X) macho, Porte: ( ) pequeno / (X) médio / ( ) grande, Pelagem: (X) curta / ( ) longa.
Cor e características marcantes: preto olho machucado (furo)

2- Dados sobre a captura do animal: Data do recolhimento: 08/03/2023
Nome do responsável pela captura: Uli de Jesus Marques
Local do recolhimento (nome da rua e bairro): Rua José Moreira Neto 233 Residencial
Motivo do recolhimento: ferido no olho provocado por briga com outro cão

3- Procedência do animal: ( ) canil municipal ( ) rua Outro: Dentro bairro vindo

4- Responsável pelo encaminhamento do animal para procedimento veterinário: ( ) Setor de Zoonoses (X) OSC PARC
Motivo do encaminhamento: ferido no olho provocado por briga com outro cão e castrado.

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: _____ ferido no olho provocado por briga com outro cão e castrado

2- Lista dos procedimentos e medicamentos utilizados:

Data do procedimento	Descrição do(s) procedimento(s) realizado(s) (consulta, internação, cirurgia, exame, etc)	Quantitat
	consulta + limpeza do olho e 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): 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): Devolvido 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

004385

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: 213/2023

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: Bolinha, 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: 08/03/2023
Nome do responsável pela captura: Maria Izabel Lemos
Local do recolhimento (nome da rua e bairro): Bairro Residencial
Motivo do recolhimento: castração

3- Procedência do animal: ( ) canil municipal ( ) rua Outro: tutor e mãe da cadela

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: 3.0Kg, Normais

2- Lista dos procedimentos e medicamentos utilizados.

Data do procedimento	Descrição do(s) procedimento(s) realizado(s) (consulta, internação, cirurgia, exame, etc)	Quantitat
08/03/23	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): 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): Liberado 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

004386

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: 214/2023

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: Caramelo, Espécie: ( ) cão / (X) 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: 08/03/2023
Nome do responsável pela captura: Eliane
Local do recolhimento (nome da rua e bairro): Rua Rio Sul
Motivo do recolhimento: Cirurgia

3- Procedência do animal: ( ) canil municipal ( ) rua Outro: Tutor cedido rua

4- Responsável pelo encaminhamento do animal para procedimento veterinário: ( ) Setor de Zoonoses (X) OSC PARC
Motivo do encaminhamento: Cirurgia

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: 3,67kg, Castrada

2- Lista dos procedimentos e medicamentos utilizados.

Data do procedimento	Descrição do(s) procedimento(s) realizado(s) (consulta, internação, cirurgia, exame, etc)	Quantitat
08/03/23	Cirurgia Ovariohisterectomia	

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): 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): Ir p/ 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

004387

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: 215 /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: Noah, 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: 08/03/2023
Nome do responsável pela captura: Sabrina Viola
Local do recolhimento (nome da rua e bairro): Bairro Grande
Motivo do recolhimento: castração

3- Procedência do animal: ( ) canil municipal ( ) rua Outro: tutor bairro grande

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: 16,1kg, castrado

2- Lista dos procedimentos e medicamentos utilizados.

Data do procedimento	Descrição do(s) procedimento(s) realizado(s) (consulta, internação, cirurgia, exame, etc)	Quantitat
08/03/23	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): 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): de volta 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 DE CONGONHAS
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE / DIRETORIA DE ATENÇÃO BÁSICA
DEPTO. FISC. E VIGILÂNCIA EM SAÚDE / SETOR DE ZOONOSES

004388

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: 216 /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: Apolo, Espécie: (X) cão / ( ) gato, Raça: _____
Sexo: ( ) fêmea / (X) macho, Porte: ( ) pequeno / ( ) médio / (X) grande, Pelagem: ( ) curta / (X) longa.
Cor e características marcantes: Marrom e preto

2- Dados sobre a captura do animal: Data do recolhimento: 08/03/2023
Nome do responsável pela captura: Rob e Dudu
Local do recolhimento (nome da rua e bairro): Bairro Alvorada
Motivo do recolhimento: castração

3- Procedência do animal: ( ) canil municipal ( ) rua Outro: Interdoado rondo

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: 9,2kg, castração

2- Lista dos procedimentos e medicamentos utilizados.

Data do procedimento	Descrição do(s) procedimento(s) realizado(s) (consulta, internação, cirurgia, exame, etc)	Quantitat
08/03/23	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): 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 casa de 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

004389

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: 217 /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: Puta, Espécie: (X) cão / ( ) gato, Raça: SRD
Sexo: (X) fêmea / ( ) macho, Porte: ( ) pequeno / (X) médio / ( ) grande, Pelagem: (X) curta / ( ) longa.
Cor e características marcantes: preta manchinha

2- Dados sobre a captura do animal: Data do recolhimento: 09/03/2023
Nome do responsável pela captura: Jaí
Local do recolhimento (nome da rua e bairro): Basílica próximo ao cemitério
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: 8,7kg, castração

2- Lista dos procedimentos e medicamentos utilizados.

Data do procedimento	Descrição do(s) procedimento(s) realizado(s) (consulta, internação, cirurgia, exame, etc)	Quantitat
09/03/23	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): 09/03/23
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 colônia 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 recurs parcelas). Recebida pela PMC/SMS/DFVS em ___/___/___

PREFEITURA DE CONGONHAS
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE / DIRETORIA DE ATENÇÃO BÁSICA **004390**
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: 211/2023

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: Puta, Espécie: (x) cão / ( ) gato, Raça: SRD
Sexo: (X) fêmea / ( ) macho, Porte: (X) pequeno / ( ) médio / ( ) grande, Pelagem: (X) curta / ( ) longa.
Cor e características marcantes: Puta baba com leishmaniose

2- Dados sobre a captura do animal: Data do recolhimento: 09/03/2023
Nome do responsável pela captura: Yam
Local do recolhimento (nome da rua e bairro): alto maranhão
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: 9,8 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
09/[redacted]/23	cirurgia de castração	

Medicamento(s) prescrito(s)	Dose	Número de dias de tratamento (data do início do tratamento e data final tratamento)	
Dipirona	-	-/-/- a -/-/-	(- dias
xylazicon	-	-/-/- a -/-/-	(- dias
Ropivina	-	-/-/- 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): 09/03/23
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 local de resgate

Isabella E. Miranda
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

004391

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: 220/2023

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: Marrocos, 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: 09/03/2023
Nome do responsável pela captura: Zoi
Local de recolhimento (nome da rua e bairro): Rua marechal
Motivo do recolhimento: Cio e abrigo e perigo

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: Cio e abrigo e perigo

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: 25,8 kg Cio e abrigo e perigo.

2- Lista dos procedimentos e medicamentos utilizados.

Data do procedimento	Descrição do(s) procedimento(s) realizado(s) (consulta, internação, cirurgia, exame, etc)	Quantitat
09/03/23	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): 09/03/23
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): Retorno 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 recurs parcelas). Recebida pela PMC/SMS/DFVS em ___/___/___

PREFEITURA DE CONGONHAS
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE / DIRETORIA DE ATENÇÃO BÁSICA 004392
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: 221/2023

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: [illegible] **Espécie:** (X) **cão / ( ) gato, Raça:** Poodle
Sexo: ( ) fêmea / (X) macho, **Porte:** ( ) pequeno / (X) médio / ( ) grande, **Pelagem:** ( ) curta / (X) longa.
Cor e características marcantes: [illegible]

2- Dados sobre a captura do animal: Data do recolhimento: 09/03/2023
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: _____

4- Responsável pelo encaminhamento do animal para procedimento veterinário: ( ) Setor de Zoonoses ( ) OSC PARC
Motivo do encaminhamento: [illegible]

_____
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: _____, [illegible]
a obito em 09/03/23

2- Lista dos procedimentos e medicamentos utilizados.

Data do procedimento	Descrição do(s) procedimento(s) realizado(s) (consulta, internação, cirurgia, exame, etc)	Quantitat
09/03/23	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): 09/03/23
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] em 09/03/23

[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 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

004393

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: 222 /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: Bil, 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 preto

2- Dados sobre a captura do animal: Data do recolhimento: 09/03/2023
Nome do responsável pela captura: Ivan
Local do recolhimento (nome da rua e bairro): Rua Belo Vista
Motivo do recolhimento: Abandonado e na mesma região, bem fraco

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 e na mesma região, bem fraco

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: —, Abandonado e na mesma região, bem fraco
Veio a óbito em 09/03/23

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): 09/03/23
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): Veio a óbito em 09/03/23

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

004394

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: 223/2023

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: Meiok, Espécie: ( ) cão / (X) 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: 20/03/2023
Nome do responsável pela captura: Jaci
Local do recolhimento (nome da rua e bairro): Rua Santo Antonio Bairro Maria
Motivo do recolhimento: Apresentando 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: Apresentando espirrando

_____
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, com espirrando

2- Lista dos procedimentos e medicamentos utilizados.

Data do procedimento	Descrição do(s) procedimento(s) realizado(s) (consulta, internação, cirurgia, exame, etc)	Quantitat
20/03/23	consulta + internação	
20/03/23		

Medicamento(s) prescrito(s)	Dose	Número de dias de tratamento (data do inicio do tratamento e data final tratamento)
Meloxicam		-/-/- 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): 20/03/23
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): Voltar para o lugar de origem

Andrelio A. 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

004395

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: 224/2023

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: Eugenio, Espécie: (X) cão / ( ) gato, Raça: SRD
Sexo: ( ) fêmea / (X) macho, Porte: ( ) pequeno / ( ) médio / (X) grande, Pelagem: (X) curta / ( ) longa.
Cor e características marcantes: Marron

2- Dados sobre a captura do animal: Data do recolhimento: 30/03/2023
Nome do responsável pela captura: Bruna Fialho Junqueira
Local do recolhimento (nome da rua e bairro): Bairro Residencial
Motivo do recolhimento: Morte parental + castração

3- Procedência do animal: ( ) canil municipal ( ) rua Outro: Tutor baixa renda

4- Responsável pelo encaminhamento do animal para procedimento veterinário: ( ) Setor de Zoonoses (X) OSC PARC
Motivo do encaminhamento: Morte

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: 23.6Kg, Morte parental + castração

2- Lista dos procedimentos e medicamentos utilizados.

Data do procedimento	Descrição do(s) procedimento(s) realizado(s) (consulta, internação, cirurgia, exame, etc)	Quantitat
30/03/23	Consulta +	
17/09/2023	Cirurgia de Morte + 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): 30/03/23
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 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 ___/___/___

004396

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: 225/2023

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: Anita, Espécie: (X) cão / ( ) gato, Raça: SRD
Sexo: (X) fêmea / ( ) macho, Porte: ( ) pequeno / (X) médio / ( ) grande, Pelagem: ( ) curta / (X) longa.
Cor e características marcantes: preta e parda

2- Dados sobre a captura do animal: Data do recolhimento: 10/05/2023
Nome do responsável pela captura: Nilson
Local do recolhimento (nome da rua e bairro): Bairro Mercês
Motivo do recolhimento: castração

3- Procedência do animal: ( ) canil municipal ( ) rua Outro: tutor responsável

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: 13,1 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
10/05/23	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): 10/05/23
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 A. 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 ___/___/___

004397

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: 226 /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: Pantera, Espécie: (X) cão / ( ) gato, Raça: SRD
Sexo: (X) fêmea / ( ) macho, Porte: ( ) pequeno / (X) médio / ( ) grande, Pelagem: ( ) curta / (X) longa.
Cor e características marcantes: preta

2- Dados sobre a captura do animal: Data do recolhimento: 10/03/2023
Nome do responsável pela captura: Kelson
Local do recolhimento (nome da rua e bairro): Alvinópolis
Motivo do recolhimento: castração

3- Procedência do animal: ( ) canil municipal ( ) rua Outro: Tutor bairro Vendinha

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: 16,2 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
10/03/23	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): 10/03/23
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 casa do tutor

Rachelle G. A. Dias
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 ___/___/___

004398

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: 227 /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: Bombuxinha, Espécie: (X) cão / ( ) gato, Raça: SRD
Sexo: (X) fêmea / ( ) macho, Porte: ( ) pequeno / ( ) médio / (X) grande, Pelagem: ( ) curta / (X) longa.
Cor e características marcantes: Marrom queimado

2- Dados sobre a captura do animal: Data do recolhimento: 10/03/2023
Nome do responsável pela captura: Tati
Local do recolhimento (nome da rua e bairro): Bairro Nossa Senhora
Motivo do recolhimento: Eutanásia

3- Procedência do animal: ( ) canil municipal ( ) rua Outro: Canil Ilha Grande

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

CLINICA / MEDICO VETERINARIO

1- Avaliação do animal pelo médico veterinário responsável pela realização dos procedimentos veterinários: Sintomas/q 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)	Quantitat
09/03/23	Eutanásia	

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): 09/03/23
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): Eutanásia

Marcello 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 ___/___/___

004399

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: 228 /2023

IDENTIFICAÇAO 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 caracteristicas marcantes: Preto.

2- Dados sobre a captura do animal: Data do recolhimento: 13/03/2023
Nome do responsável pela captura: Nilce Helena
Local do recolhimento (nome da rua e bairro): Rua Maranhão
Motivo do recolhimento: castração

3- Procedência do animal: ( ) canil municipal ( ) rua Outro: Tutor Boa Vista

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: 2.7kg. Castração

2- Lista dos procedimentos e medicamentos utilizados.

Data do procedimento	Descrição do(s) procedimento(s) realizado(s) (consulta, internação, cirurgia, exame, etc)	Quantitat
13/03/23	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): 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): Ir p/ 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 DE CONGONHAS
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE / DIRETORIA DE ATENÇÃO BÁSICA
DEPTO. FISC. E VIGILÂNCIA EM SAÚDE / SETOR DE ZOONOSES

004400

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: 221/2023

IDENTIFICAÇAO 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: Maranhão, 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: 13/03/2023
Nome do responsável pela captura: Vanderlei
Local do recolhimento (nome da rua e bairro): Rua do canil do ong
Motivo do recolhimento: Com Dicheira

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: Com Dicheira

_____
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: 23,2kg com Dicheira

2- Lista dos procedimentos e medicamentos utilizados.

Data do procedimento	Descrição do(s) procedimento(s) realizado(s) (consulta, internação, cirurgia, exame, etc)	Quantitat
23/03/23	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): 23/03/23
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): 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

004401

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: 230 /2023

IDENTIFICAÇAO DO ANIMAL (ANEXAR FOTO CORPO INTEIRO, COLORIDA, DO ANIMAL) E DO RESPONSÁVEL E ENCAMINHAMENTO DO ANIMAL PARA PROCEDIMENTO VETERINÁRIO. ESTE CAMPO DEVERÁ SER PREENCHIDO E RESPONSÁVEL PELO ENVIO DO ANIMAL PARA A REALIZAÇÃO DO(S) PROCEDIMENTO(S) VETERINÁRIO(S).

1- Nome do animal: Bequinha, Espécie: ( ) cão / (X) gato, Raça: SRD
Sexo: (X) fêmea / ( ) macho, Porte: ( ) pequeno / (X) médio / ( ) grande, Pelagem: (X) curta / ( ) longa.
Cor e caracteristicas marcantes: Tricolor

2- Dados sobre a captura do animal: Data do recolhimento: 13/03/2023
Nome do responsável pela captura: Priscila
Local do recolhimento (nome da rua e bairro): Jardim Vila Verde
Motivo do recolhimento: castração

3- Procedência do animal: ( ) canil municipal ( ) rua Outro: tutora doou. 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

CLINICA / MEDICO VETERINARIO

1- Avaliação do animal pelo médico veterinário responsável pela realização dos procedimentos veterinários: Sintomas/q geral do animal: Peso: 2,1kg . castração

2- Lista dos procedimentos e medicamentos utilizados.

Data do procedimento	Descrição do(s) procedimento(s) realizado(s) (consulta, internação, cirurgia, exame, etc)	Quantitat
13/03/23	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): 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): Ida volta para casa da tutora

Anabella G. A. 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

004402

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: 231/2023

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: Mayshi, Espécie: (X) cão / ( ) gato, Raça: SRD
Sexo: ( ) fêmea / (X) macho, Porte: ( ) pequeno / ( ) médio / (X) grande, Pelagem: ( ) curta / (✓) longa.
Cor e características marcantes: Branco

2- Dados sobre a captura do animal: Data do recolhimento: 14/03/2023
Nome do responsável pela captura: Zoi
Local do recolhimento (nome da rua e bairro): Rua a
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: 31 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
14/03/23	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): 14/03/23
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 o 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

004403

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: 232/2023

IDENTIFICAÇAO 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: Juninho, Espécie: (X) cão / ( ) gato, Raça: Pit Bull
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: 14/03/2023
Nome do responsável pela captura: Zoé
Local do recolhimento (nome da rua e bairro): Rua do canil do Ony
Motivo do recolhimento: Resgate

3- Procedência do animal: ( ) canil municipal ( ) rua Outro: Canil do Ony

4- Responsável pelo encaminhamento do animal para procedimento veterinário: ( ) Setor de Zoonoses (X) OSC PARC
Motivo do encaminhamento: Resgate

_____
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: 19kg, Resgate

2- Lista dos procedimentos e medicamentos utilizados.

Data do procedimento	Descrição do(s) procedimento(s) realizado(s) (consulta, internação, cirurgia, exame, etc)	Quantitat
14/03/23	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): 14/03/23
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

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

004404

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: 233 /2023

IDENTIFICAÇAO 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: Vitinho, 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: 14/03/2023
Nome do responsável pela captura: Jeti
Local do recolhimento (nome da rua e bairro): Rua do canil
Motivo do recolhimento:

3- Procedência do animal: ( ) canil municipal ( ) rua Outro: canil do. ong

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: 21.3kg castração

2- Lista dos procedimentos e medicamentos utilizados.

Data do procedimento	Descrição do(s) procedimento(s) realizado(s) (consulta, internação, cirurgia, exame, etc)	Quantitat
14/03/23	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): 14/03/23
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): Ao lado 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

004405

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: 234 /2023

IDENTIFICAÇAO 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: (X) cão / ( ) gato, Raça: Pastora Alemão
Sexo: (X) fêmea / ( ) macho, Porte: ( ) pequeno / ( ) médio / (X) grande, Pelagem: (X) curta / ( ) longa.
Cor e características marcantes: Pastora - laranja

2- Dados sobre a captura do animal: Data do recolhimento: 14/03/2023
Nome do responsável pela captura: Vanderlei
Local do recolhimento (nome da rua e bairro): —
Motivo do recolhimento: com varios pontos de bicheira no corpo

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: com varios pontos de bicheira no corpo.

_____
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: —, com varios pontos de bicheira no corpo

2- Lista dos procedimentos e medicamentos utilizados.

Data do procedimento	Descrição do(s) procedimento(s) realizado(s) (consulta, internação, cirurgia, exame, etc)	Quantitat
14/03/23	consulta + internação	

Medicamento(s) prescrito(s)	Dose	Número de dias de tratamento (data do inicio do tratamento e data final tratamento)
Simparic	—	__/__/__ 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): 14/03/23
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): Segue internada

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

004406

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: 235 /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: Mel, 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: 15/03/2023
Nome do responsável pela captura: Vera Maria Rezende
Local do recolhimento (nome da rua e bairro): Matos
Motivo do recolhimento: Tumor de mama

3- Procedência do animal: ( ) canil municipal ( ) rua Outro: Tutor Daiane Vendola

4- Responsável pelo encaminhamento do animal para procedimento veterinário: ( ) Setor de Zoonoses (X) OSC PARC
Motivo do encaminhamento: Castração + Mastiguia

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 Kg, Cirurgia de Castração + Mastiguia

2- Lista dos procedimentos e medicamentos utilizados.

Data do procedimento	Descrição do(s) procedimento(s) realizado(s) (consulta, internação, cirurgia, exame, etc)	Quantitat
	Cirurgia de Castração + Mastiguia	

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): 15/03/23
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): Retorno para casa da Tutor

Marcelo G. A. Magboza
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

004407

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: 236/2023

IDENTIFICAÇAO 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: Sadom, Espécie: (X) cão / ( ) gato, Raça: SRD
Sexo: ( ) fêmea / (X) macho, Porte: ( ) pequeno / (X) médio / ( ) grande, Pelagem: ( ) curta / (X) longa.
Cor e caracteristicas marcantes: Preto pretinho

2- Dados sobre a captura do animal: Data do recolhimento: 15/03/2023
Nome do responsável pela captura: PAI
Local do recolhimento (nome da rua e bairro): Leito do canil
Motivo do recolhimento: Idoso com diarreia

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: Apresentando 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: 11 kg, apresentando diarreia

2- Lista dos procedimentos e medicamentos utilizados.

Data do procedimento	Descrição do(s) procedimento(s) realizado(s) (consulta, internação, cirurgia, exame, etc)	Quantitat
15/03/23	Consulta + vermifugo	

Medicamento(s) prescrito(s)	Dose	Número de dias de tratamento (data do inicio do tratamento e data final tratamento)
SRD	-	__/__/__ 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): 27/03/23
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): 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 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

004408

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: 237 /2023

IDENTIFICAÇAO 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: ( ) cão / (X) gato, Raça: SRD
Sexo: ( ) fêmea / (X) macho, Porte: ( ) pequeno / (x) médio / ( ) grande, Pelagem: (x) curta / ( ) longa.
Cor e características marcantes: ferida na cabeça

2- Dados sobre a captura do animal: Data do recolhimento: 15/03/2023
Nome do responsável pela captura: TAI
Local do recolhimento (nome da rua e bairro): —
Motivo do recolhimento: com bicheira na cabeça e catarata

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: com bicheira na cabeça e catarata

_____
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: —, com bicheira na cabeça e catarata

2- Lista dos procedimentos e medicamentos utilizados.

Data do procedimento	Descrição do(s) procedimento(s) realizado(s) (consulta, internação, cirurgia, exame, etc)	Quantitat
15/03/23	consulta + internação + cirurgia de catarata	1

Medicamento(s) prescrito(s)	Dose	Número de dias de tratamento (data do início do tratamento e data final tratamento)
Cefalexina	—	— / — / — a — / — / — (— dias
Ketamina		/ / 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): 15/03/23
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): Segue internado

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

004409

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: 239/2023

IDENTIFICAÇAO 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: Pluto 5, Espécie: (X) cão / ( ) gato, Raça: SRD
Sexo: (X) fêmea / ( ) 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: 16/03/2023
Nome do responsável pela captura: Luiz
Local de recolhimento (nome da rua e bairro): Bairro Pontes
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: _____, castração

2- Lista dos procedimentos e medicamentos utilizados.

Data do procedimento	Descrição do(s) procedimento(s) realizado(s) (consulta, internação, cirurgia, exame, etc)	Quantitat
16/03/23	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): 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): Devolvido para local de origem

Isabella G. A. [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 recurs parcelas). Recebida pela PMC/SMS/DFVS em ___/___/___

004410

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: 240 /20 23

IDENTIFICAÇAO 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: Lia, Espécie: (X) cão / ( ) gato, Raça: SRD
Sexo: (X) fêmea / ( ) macho, Porte: ( ) pequeno / ( ) médio / ( ) grande, Pelagem: ( ) curta / ( ) longa.
Cor e características marcantes: marron e preta

2- Dados sobre a captura do animal: Data do recolhimento: 16/03/2023
Nome do responsável pela captura: Adriana
Local do recolhimento (nome da rua e 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/qu geral do animal: Peso: _____, castração

2- Lista dos procedimentos e medicamentos utilizados.

Data do procedimento	Descrição do(s) procedimento(s) realizado(s) (consulta, internação, cirurgia, exame, etc)	Quantitat
16/03/23	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): 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): 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

004411

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: 241/2023

IDENTIFICAÇAO 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: Velho, 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: 16/03/2023
Nome do responsável pela captura: JAJ
Local do recolhimento (nome da rua e bairro): Bairro centro
Motivo do recolhimento: Depois mais tratos com suposta [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: Depois mais tratos com suposta [illegible]

_____
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: 18,6kg. Depois mais tratos com suposta [illegible]

2- Lista dos procedimentos e medicamentos utilizados.

Data do procedimento	Descrição do(s) procedimento(s) realizado(s) (consulta, internação, cirurgia, exame, etc)	Quantitat
16/03/23	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): 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): De 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 CONGONHAS
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE / DIRETORIA DE ATENÇÃO BÁSICA
DEPTO. FISC. E VIGILÂNCIA EM SAÚDE / SETOR DE ZOONOSES

004412

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: 242 /2023

IDENTIFICAÇAO 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: Serena, 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: 16/03/2023
Nome do responsável pela captura: Vanderlei
Local do recolhimento (nome da rua e bairro): Rua do canil
Motivo do recolhimento: com diarreia

3- Procedência do animal: ( ) canil municipal ( ) rua Outro: canil do Cruz

4- Responsável pelo encaminhamento do animal para procedimento veterinário: ( ) Setor de Zoonoses (X) OSC PARC
Motivo do encaminhamento: 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: ___ 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
16/03/23	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

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): de 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 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

004413

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: 243 /2023

IDENTIFICAÇAO 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: Maitaca, Espécie: (—) cão / (—) gato, Raça: —
Sexo: (—) fêmea / (—) macho, Porte: (—) pequeno / (—) médio / (—) grande, Pelagem: (—) curta / (—) longa.
Cor e características marcantes: —

2- Dados sobre a captura do animal: Data do recolhimento: 16/03/2023
Nome do responsável pela captura: Vanderlei
Local do recolhimento (nome da rua e bairro): —
Motivo do recolhimento: paraplegica

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: paraplegica

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: —, paraplegica + vive a solto

2- Lista dos procedimentos e medicamentos utilizados.

Data do procedimento	Descrição do(s) procedimento(s) realizado(s) (consulta, internação, cirurgia, exame, etc)	Quantitat
16/03/23	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): 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): Vai p/ o solto

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

004414

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: 244 /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 / ( ) grande, Pelagem: ( ) curta / ( ) longa.
Cor e características marcantes: _____

2- Dados sobre a captura do animal: Data do recolhiment 16/03/2023
Nome do responsável pela captura: Vanessa Monteiro Santos Silva
Local do recolhimento (nome da rua e bairro): Rua José Rafael Silva Residencial
Motivo do recolhimento: Com um caroço no pescoço

3- Procedência do animal: ( ) canil municipal ( ) rua Outro: Fiscal bairro vizinho

4- Responsável pelo encaminhamento do animal para procedimento veterinário: ( ) Setor de Zoonoses (X) OSC PARC
Motivo do encaminhamento: Com um caroço 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/q geral do animal: Peso: _____. Com um caroço no pescoço, realizado pedidos de exames e cirurgia para retirada dos nodulo.

2- Lista dos procedimentos e medicamentos utilizados.

Data do procedimento	Descrição do(s) procedimento(s) realizado(s) (consulta, internação, cirurgia, exame, etc)	Quantitat
16/03/23	Consulta + cirurgia para retirada dos nodulo	
03/04/23		

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): 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): Devolvido para rua da retirada

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

004415

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: 275 / 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: Pituca, Espécie: (X) cão / ( ) gato, Raça: Poodle Mesclado
Sexo: (X) fêmea / ( ) macho, Porte: ( ) pequeno / ( ) médio / (X) grande, Pelagem: (X) curta / ( ) longa.
Cor e caracteristicas marcantes: ——

2- Dados sobre a captura do animal: Data do recolhimento: 17/03/2023
Nome do responsável pela captura: Luiz Cruz
Local de recolhimento (nome da rua e bairro): Chacrinha Visto Alegre
Motivo do recolhimento: com lesão no pato e inflamação no ouvido

3- Procedência do animal: ( ) canil municipal ( ) rua Outro: Tutor de baixa renda

4- Responsável pelo encaminhamento do animal para procedimento veterinário: ( ) Setor de Zoonoses (X) OSC PARC
Motivo do encaminhamento: com lesão no pato e inflamação de ouvido

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: 27.2Kg com lesão no pato e com inflamação de ouvido

2- Lista dos procedimentos e medicamentos utilizados.

Data do procedimento	Descrição do(s) procedimento(s) realizado(s) (consulta, internação, cirurgia, exame, etc)	Quantitat
17/03/23	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

3- Data da finalização do(s) procedimento(s) realizado(s): 17/03/23
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 casa do Tutor

Isabella G. A. 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

004416

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: 276 /20 23

IDENTIFICAÇAO 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: Bel Bel, Espécie: ( ) cão / (X) gato, Raça: SRD
Sexo: (X) fêmea / ( ) macho, Porte: ( ) pequeno / (X) médio / ( ) grande, Pelagem: (X) curta / ( ) longa.
Cor e características marcantes: Marrom e Bege

2- Dados sobre a captura do animal: Data do recolhimento: 17/03/2023
Nome do responsável pela captura: Pablo Martins
Local do recolhimento (nome da rua e bairro): Jardim Vila Andrade
Motivo do recolhimento: Foi atacado por cachorro

3- Procedência do animal: ( ) canil municipal ( ) rua Outro: Feira Livre Renda

4- Responsável pelo encaminhamento do animal para procedimento veterinário: ( ) Setor de Zoonoses (X) OSC PARC
Motivo do encaminhamento: foi atacado por cachorro

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: 2,3kg foi atacado por um cachorro

2- Lista dos procedimentos e medicamentos utilizados.

Data do procedimento	Descrição do(s) procedimento(s) realizado(s) (consulta, internação, cirurgia, exame, etc)	Quantitat
17/03/23	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): 17/03/23
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 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

004417

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: 247 /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: Diana, Espécie: (X) cão / ( ) gato, Raça: SRD
Sexo: (X) fêmea / ( ) 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: 17/03/2023
Nome do responsável pela captura: Sonia Marcelino
Local do recolhimento (nome da rua e bairro): Lucas Monteiro
Motivo do recolhimento: Hérnia inguinal

3- Procedência do animal: ( ) canil municipal ( ) rua Outro: Tutora. Baixa renda

4- Responsável pelo encaminhamento do animal para procedimento veterinário: ( ) Setor de Zoonoses (X) OSC PARC
Motivo do encaminhamento: Hérnia inguinal

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: 16,3kg Hérnia inguinal

2- Lista dos procedimentos e medicamentos utilizados.

Data do procedimento	Descrição do(s) procedimento(s) realizado(s) (consulta, internação, cirurgia, exame, etc)	Quantitat
17/03/23	Consulta	
30/03/23	Cirurgia de hérnia	

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): 30/03/23
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): Devolvida para 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

004418

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: 246 /20 23

IDENTIFICAÇAO 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: Thor, Espécie: (X) cão / ( ) gato, Raça: SRD
Sexo: ( ) fêmea / (X) macho, Porte: ( ) pequeno / (X) médio / ( ) grande, Pelagem: (X) curta / ( ) longa.
Cor e características marcantes: Branco

2- Dados sobre a captura do animal: Data do recolhimento: 17/03/2023
Nome do responsável pela captura: Vanderlei
Local do recolhimento (nome da rua e bairro): Bairro.
Motivo do recolhimento: castração

3- Procedência do animal: ( ) canil municipal ( ) rua Outro: Tutor Deixou vontade.

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: 9,3kg castração

2- Lista dos procedimentos e medicamentos utilizados.

Data do procedimento	Descrição do(s) procedimento(s) realizado(s) (consulta, internação, cirurgia, exame, etc)	Quantitat
17/03/23	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): 17/03/23
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 tutor

Marcello A. 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 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

004419

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: 279/120/23

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: Bruce, 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 marron peludo

2- Dados sobre a captura do animal: Data do recolhimento: 30/03/2023
Nome do responsável pela captura: Taís
Local do recolhimento (nome da rua e bairro): Residencial (Bar)
Motivo do recolhimento: animal de longe e ferido na ponta do pênis

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 longe e ferido na ponta do pênis

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: 22.6kg animal de longe e ferido na ponta do pênis foi retirado pedra da bexiga

2- Lista dos procedimentos e medicamentos utilizados.

Data do procedimento	Descrição do(s) procedimento(s) realizado(s) (consulta, internação, cirurgia, exame, etc)	Quantitat
30/03/23	consulta + pedido de exame + ultrassom	
31/03/23	Medicamental Tópico e cirurgia de retirada de pedra na bexiga	

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): 31/03/23
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 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 ___/___/_____

004420

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: 250 /20 22

IDENTIFICAÇAO 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: Juju, Espécie: (X) cão / ( ) gato, Raça: SRD
Sexo: ( ) fêmea / (X) macho, Porte: ( ) pequeno / (X) médio / ( ) grande, Pelagem: (X) curta / ( ) longa.
Cor e caracteristicas marcantes: Amarelo e Branco

2- Dados sobre a captura do animal: Data do recolhimento: 20/03/2023
Nome do responsável pela captura: Rose
Local do recolhimento (nome da rua e bairro): Dom Oscar
Motivo do recolhimento: Castração

3- Procedência do animal: ( ) canil municipal ( ) rua Outro: Tutor baixa renda

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: 12 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
20/03/23	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): 20/03/23
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 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

004421

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: 25/ 120 22

IDENTIFICAÇAO 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: Abobrão, 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: 20/03/2023
Nome do responsável pela captura: .
Local do recolhimento (nome da rua e bairro): Ayrton Park
Motivo do recolhimento: Castração

3- Procedência do animal: ( ) canil municipal ( ) rua Outro: Tutor bairro verde

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: 26kg Castração

2- Lista dos procedimentos e medicamentos utilizados.

Data do procedimento	Descrição do(s) procedimento(s) realizado(s) (consulta, internação, cirurgia, exame, etc)	Quantitat
20/03/23	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): 20/03/23
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): Direito para volta 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 ___/___/___

004422

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: 252 /20 23

IDENTIFICAÇAO 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: Pandora, Espécie: (X) cão / ( ) gato, Raça: Fila
Sexo: (X) fêmea / ( ) macho, Porte: ( ) pequeno / ( ) médio / (X) grande, Pelagem: (X) curta / ( ) longa.
Cor e caracteristicas marcantes: preto e preto

2- Dados sobre a captura do animal: Data do recolhimento: 20/03/2023
Nome do responsável pela captura:
Local do recolhimento (nome da rua e bairro): Ilton Park
Motivo do recolhimento: castração

3- Procedência do animal: ( ) canil municipal ( ) 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: 34kg, castração

2- Lista dos procedimentos e medicamentos utilizados.

Data do procedimento	Descrição do(s) procedimento(s) realizado(s) (consulta, internação, cirurgia, exame, etc)	Quantitat
20/03/23	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): 20/03/23
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 casa de 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 ___/___/___

004423

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: 253/2023

IDENTIFICAÇAO 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: Rua, Espécie: (X) cão / ( ) gato, Raça: SRD
Sexo: (X) fêmea / ( ) macho, Porte: ( ) pequeno / (X) médio / ( ) grande, Pelagem: ( ) curta / (X) longa.
Cor e características marcantes: Preta

2- Dados sobre a captura do animal: Data do recolhimento: 20/03/2023
Nome do responsável pela captura: Jaci
Local do recolhimento (nome da rua e bairro): Bairro preto
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: 6,5 , castração

2- Lista dos procedimentos e medicamentos utilizados.

Data do procedimento	Descrição do(s) procedimento(s) realizado(s) (consulta, internação, cirurgia, exame, etc)	Quantitat
20/03/23	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): 20/03/23
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 local de resgate

Isabella G. A. 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 ___/___/___

004424

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: 254/2023

IDENTIFICAÇAO 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: Zeli Solem, Espécie: ( ) cão / (X) 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: 21/03/2023
Nome do responsável pela captura: Vanderlei
Local do recolhimento (nome da rua e bairro): Bairro Cocais - 19 M
Motivo do recolhimento: castração

3- Procedência do animal: ( ) canil municipal ( ) rua Outro: Tutor bairro Vendas

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: 3,3kg castração

2- Lista dos procedimentos e medicamentos utilizados.

Data do procedimento	Descrição do(s) procedimento(s) realizado(s) (consulta, internação, cirurgia, exame, etc)	Quantitat
21/03/23	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): 21/03/23
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): ao lado pelo tutor

Anabella G. Alvarenga
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 ___/___/_____

004425

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 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: 255/2023

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: Maiala Espécie: (X) cão / ( ) gato, Raça: Pastor Alemão
Sexo: (X) fêmea / ( ) macho, Porte: ( ) pequeno / ( ) médio / (X) grande, Pelagem: (X) curta / ( ) longa.
Cor e características marcantes: marron e preto

2- Dados sobre a captura do animal: Data do recolhimento: 21/03/2023
Nome do responsável pela captura: Vitor Hugo
Local do recolhimento (nome da rua e bairro): Rua dos Lilases
Motivo do recolhimento: castração

3- Procedência do animal: ( ) canil municipal ( ) rua Outro: Residencia tutor

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: 26,8 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
21/03/23	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): 21/03/23
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 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 ___/___/___

004426

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: 256/2023

IDENTIFICAÇAO 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: Nega, Espécie: (X) cão / ( ) gato, Raça: SRD
Sexo: (X) fêmea / ( ) macho, Porte: ( ) pequeno / ( ) médio / ( ) grande, Pelagem: ( ) curta / ( ) longa.
Cor e características marcantes: marrom

2- Dados sobre a captura do animal: Data do recolhimento: 21/03/2023
Nome do responsável pela captura: Taxi
Local do recolhimento (nome da rua e bairro): encaminhamento Bairro Verde
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: 11,1kg castração

2- Lista dos procedimentos e medicamentos utilizados.

Data do procedimento	Descrição do(s) procedimento(s) realizado(s) (consulta, internação, cirurgia, exame, etc)	Quantitat
21/03/23	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): 21/03/23
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 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

004427

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: 257/2023

IDENTIFICAÇAO 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: Faro, Espécie: (X) cão / ( ) gato, Raça: SRD
Sexo: ( ) fêmea / (X) macho, Porte: ( ) pequeno / (X) médio / ( ) grande, Pelagem: (curta / (X) longa.
Cor e caracteristicas marcantes: branco pretinho

2- Dados sobre a captura do animal: Data do recolhimento: 21/03/2023
Nome do responsável pela captura: Taí
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 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 / MEDICO VETERINARIO

1- Avaliação do animal pelo médico veterinário responsável pela realização dos procedimentos veterinários: Sintomas/q geral do animal: Peso: 6,0kg, castração

2- Lista dos procedimentos e medicamentos utilizados.

Data do procedimento	Descrição do(s) procedimento(s) realizado(s) (consulta, internação, cirurgia, exame, etc)	Quantitat
23/03/23	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): 23/03/23
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 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 ___/___/___

004428

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: 250 / 20 23

IDENTIFICAÇAO 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: Nuninho, Espécie: (X) cão / ( ) gato, Raça: SRD
Sexo: ( ) fêmea / (X) macho, Porte: ( ) pequeno / ( ) médio / ( ) grande, Pelagem: ( ) curta / ( ) longa.
Cor e caracteristicas marcantes: (Preto)

2- Dados sobre a captura do animal: Data do recolhimento: 21/03/2023
Nome do responsável pela captura: Taci
Local do recolhimento (nome da rua e bairro): Rua do posto do Nuninho
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: ____, castração

2- Lista dos procedimentos e medicamentos utilizados.

Data do procedimento	Descrição do(s) procedimento(s) realizado(s) (consulta, internação, cirurgia, exame, etc)	Quantitat
21/03/23	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): 21/03/23
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 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

004429

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: 259/20 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: Marielinha Espécie: (X) cão / ( ) gato, Raça: SRD
Sexo: (X) fêmea / ( ) macho, Porte: (X) pequeno / ( ) médio / ( ) grande, Pelagem: (X) curta / ( ) longa.
Cor e caracteristicas marcantes: marrom

2- Dados sobre a captura do animal: Data do recolhimento: 21/03/2023
Nome do responsável pela captura: Jaci
Local do recolhimento (nome da rua e bairro): Morro de Piracema
Motivo do recolhimento: Suspeito de Parvovirose

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 parvovirose

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: 3,4kg Suspeito de parvovirose
Hipotermia Animal Inapetente Apatia Intestinal.
2- Lista dos procedimentos e medicamentos utilizados.

Data do procedimento	Descrição do(s) procedimento(s) realizado(s) (consulta, internação, cirurgia, exame, etc)	Quantitat
21/03/23	Consulta + Internação	
31/03/23		

Medicamento(s) prescrito(s)	Dose	Número de dias de tratamento (data do início do tratamento e data final tratamento)
		/ / a / / (dias
Soro		/ / 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): 31/03/23
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): Ficará internada 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

004430

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: 260 / 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: Profeta, 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: 21/03/2023
Nome do responsável pela captura: Tati
Local do recolhimento (nome da rua e bairro): Rua do Hipódromo do Bairro no Profeta
Motivo do recolhimento: contração

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: contração

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: 32.9kg. contração

2- Lista dos procedimentos e medicamentos utilizados.

Data do procedimento	Descrição do(s) procedimento(s) realizado(s) (consulta, internação, cirurgia, exame, etc)	Quantitat
21/03/23	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): 21/03/23
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 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

004431

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: 26/120 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: Rayane, Espécie: ( ) cão / (X) gato, Raça: SRD
Sexo: (X) fêmea / ( ) macho, Porte: (X) pequeno / ( ) médio / ( ) grande, Pelagem: (X) curta / ( ) longa.
Cor e características marcantes: xaxadinho Tricolor

2- Dados sobre a captura do animal: Data do recolhimento: 21/03/2023
Nome do responsável pela captura: Fabio
Local de recolhimento (nome da rua e bairro): Basílica
Motivo do recolhimento: castração

3- Procedência do animal: ( ) canil municipal ( ) rua Outro: Tutor Doido remela

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: 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
21/03/23	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): 21/03/23
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 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 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

004432

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: 262 120 23

IDENTIFICAÇAO 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: Mel, Espécie: ( ) cão / (X) gato, Raça: SRD
Sexo: (X) fêmea / ( ) macho, Porte: ( ) pequeno / (X) médio / ( ) grande, Pelagem: (X) curta / ( ) longa.
Cor e caracteristicas marcantes: Bege

2- Dados sobre a captura do animal: Data do recolhimento: 22/03/2023
Nome do responsável pela captura: Lara
Local do recolhimento (nome da rua e bairro): Cristo Rei
Motivo do recolhimento: castração

3- Procedência do animal: ( ) canil municipal ( ) rua Outro: Tutor bairro Penha

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: 3,4 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
22/03/23	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): 22/03/23
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): Ir 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 DE CONGONHAS
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE / DIRETORIA DE ATENÇÃO BÁSICA
DEPTO. FISC. E VIGILÂNCIA EM SAÚDE / SETOR DE ZOONOSES

004433

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: 243 /2023

IDENTIFICAÇAO 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: Carência, Espécie: ( ) cão / (X) gato, Raça: SRD
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: 22/03/2023
Nome do responsável pela captura: Nilma
Local do recolhimento (nome da rua e bairro): Santo Antônio
Motivo do recolhimento: Castração

3- Procedência do animal: ( ) canil municipal ( ) rua Outro: Tutor de baixa renda

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: 5,5 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
22/03/23	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): 22/03/23
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): Alta para volta 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 recurs parcelas). Recebida pela PMC/SMS/DFVS em ___/___/___

PREFEITURA DE CONGONHAS
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE / DIRETORIA DE ATENÇÃO BÁSICA 004434
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: 264/2023

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: Lyra, Espécie: ( ) cão / (X) gato, Raça: SRD
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: 22/03/2023
Nome do responsável pela captura: Nilma
Local do recolhimento (nome da rua e bairro): Santa Mônica
Motivo do recolhimento: castração

3- Procedência do animal: ( ) canil municipal ( ) rua Outro: Tutor da vila verde

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/qu 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
22/03/23	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): 22/03/23
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 tutor da vila

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

004435

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: 265/2023

IDENTIFICAÇAO 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: Paçoca, 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: 22/03/2023
Nome do responsável pela captura:
Local do recolhimento (nome da rua e bairro): Morro do PSV
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: 14kg castração

2- Lista dos procedimentos e medicamentos utilizados.

Data do procedimento	Descrição do(s) procedimento(s) realizado(s) (consulta, internação, cirurgia, exame, etc)	Quantitat
22/03/23	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): 22/03/23
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): Morro do PSV

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

004436

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: 266/2023

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: Simão, Espécie: (X) cão / ( ) gato, Raça: SRD
Sexo: ( ) fêmea / (X) macho, Porte: ( ) pequeno / (X) médio / ( ) grande, Pelagem: ( ) curta / (X) longa.
Cor e características marcantes: preto e bronze

2- Dados sobre a captura do animal: Data do recolhimento: 29/03/2023
Nome do responsável pela captura: Vanderlei
Local do recolhimento (nome da rua e bairro): —
Motivo do recolhimento: apresentando doença.

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: apresentando doença

_____
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: 8,3kg. apresentando doença

2- Lista dos procedimentos e medicamentos utilizados.

Data do procedimento	Descrição do(s) procedimento(s) realizado(s) (consulta, internação, cirurgia, exame, etc)	Quantitat
30/03/23	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

3- Data da finalização do(s) procedimento(s) realizado(s): 29/03/23
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): de volta para canil de origem

Marcello G. A. 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

004437

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: 267/2023

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: Bili, Espécie: ( ) cão / (X) gato, Raça: SRD
Sexo: ( ) fêmea / (X) macho, Porte: ( ) pequeno / (X) médio / ( ) grande, Pelagem: (X) curta / ( ) longa.
Cor e características marcantes: cinza, branco, coxinho

2- Dados sobre a captura do animal: Data do recolhimento: 22/03/2023
Nome do responsável pela captura: Maria Aparecida
Local do recolhimento (nome da rua e bairro): Barreiro
Motivo do recolhimento: apresentando hiporexia

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: apresentando hiporexia

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: ——, apresentando hiporexia

2- Lista dos procedimentos e medicamentos utilizados.

Data do procedimento	Descrição do(s) procedimento(s) realizado(s) (consulta, internação, cirurgia, exame, etc)	Quantitat
22/03/23	consulta + internação	

Medicamento(s) prescrito(s)	Dose	Número de dias de tratamento (data do inicio do tratamento e data final tratamento)
Vitacomplex	de acordo com a medica	-/-/- 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): 22/03/23
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): voltará o 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

004438

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: 266/2023

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: Docinha, **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: 22/03/2023
Nome do responsável pela captura: Zezé
Local do recolhimento (nome da rua e bairro): Beira do canil do Dog
Mo[illegible] do recolhimento: Apresentando lesão na pele

3- Procedência do animal: ( ) canil municipal ( ) rua Outro: canil do Dog

4- Responsável pelo encaminhamento do animal para procedimento veterinário: ( ) Setor de Zoonoses (X) OSC PARC
Motivo do encaminhamento: Apresentando lesão na pele

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: — Apresentando lesão na pele

2- Lista dos procedimentos e medicamentos utilizados.

Data do procedimento	Descrição do(s) procedimento(s) realizado(s) (consulta, internação, cirurgia, exame, etc)	Quantitat
22/03/23	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): 22/03/23
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): 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

004439

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: 269/2023

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: Ampliado, Espécie: (X) cão / ( ) gato, Raça: SRD
Sexo: ( ) fêmea / (X) macho, Porte: ( ) pequeno / ( ) médio / (X) grande, Pelagem: (X) curta / ( ) longa.
Cor e características marcantes: Sem a pata traseira

2- Dados sobre a captura do animal: Data do recolhimento: 22/03/2023
Nome do responsável pela captura: Taís
Local do recolhimento (nome da rua e bairro): Praia
Motivo do recolhimento: Vítima 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: Vítima 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: ——, Vítima atropelamento, pq mamãe para Mengo e uma disputinha.

2- Lista dos procedimentos e medicamentos utilizados.

Data do procedimento	Descrição do(s) procedimento(s) realizado(s) (consulta, internação, cirurgia, exame, etc)	Quantitat
22/03/23	Consulta e pedidos 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): 22/03/23
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): de volta para local de resgate

Isabella G. A. 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

004440

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: 270/2023

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: Zoiuda, Espécie: (X) cão / ( ) gato, Raça: Pit bull
Sexo: (X) fêmea / ( ) macho, Porte: ( ) pequeno / (X) médio / ( ) grande, Pelagem: (X) curta / ( ) longa.
Cor e características marcantes: Onça

2- Dados sobre a captura do animal: Data do recolhimento: 22/03/2023
Nome do responsável pela captura: Tati
Local do recolhimento (nome da rua e bairro): Beira de Canil do ong
Motivo do recolhimento: Suspeita de esfiguse, babesia e leishmaniose

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: Suspeita de esfiguse, babesia e leishmaniose

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: ——, Suspeita de esfiguse babesia e leishmo
Mora aguardando resultados de exames

2- Lista dos procedimentos e medicamentos utilizados.

Data do procedimento	Descrição do(s) procedimento(s) realizado(s) (consulta, internação, cirurgia, exame, etc)	Quantitat
22/03/23	Consulta + pedido 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): 22/03/23
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): Ele 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 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

004441

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: 27/1202 3

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: Pitbull
Sexo: ( ) fêmea / (X) macho, Porte: ( ) pequeno / ( ) médio / (X) grande, Pelagem: (X) curta / ( ) longa.
Cor e caracteristicas marcantes: Rapado preto e marron, branco

2- Dados sobre a captura do animal: Data do recolhimento: 22/03/2023
Nome do responsável pela captura: Bruno PSV (cuidador tutora)
Local do recolhimento (nome da rua e bairro): Praça Bandeirantes
Motivo do recolhimento: com bichinho na cauda.

3- Procedência do animal: ( ) canil municipal ( ) rua Outro: Tutor de baixa renda

4- Responsável pelo encaminhamento do animal para procedimento veterinário: ( ) Setor de Zoonoses (X) OSC PARC
Motivo do encaminhamento: com bichinho na cauda

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: 28 Kg, com bichinho na cauda

2- Lista dos procedimentos e medicamentos utilizados.

Data do procedimento	Descrição do(s) procedimento(s) realizado(s) (consulta, internação, cirurgia, exame, etc)	Quantitat
22/03/23	consulta	
24/03/23	Cirurgia de amputação de 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): 24/03/23
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 casa do tutor

Isabella G. A. 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

004442

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: 272/2023

IDENTIFICAÇAO 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: Max, Espécie: ( ) cão / (X) gato, Raça: SRD
Sexo: (X) fêmea / ( ) macho, Porte: (X) pequeno / ( ) médio / ( ) grande, Pelagem: (X) curta / ( ) longa.
Cor e caracteristicas marcantes: Tricolor, orelha

2- Dados sobre a captura do animal: Data do recolhimento: 23/03/2023
Nome do responsável pela captura: Vanessa
Local do recolhimento (nome da rua e bairro): Cristo Rei
Motivo do recolhimento: castração

3- Procedência do animal: ( ) canil municipal ( ) rua Outro: Tutor Dona Lenda

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: 2,3kg castração

2- Lista dos procedimentos e medicamentos utilizados.

Data do procedimento	Descrição do(s) procedimento(s) realizado(s) (consulta, internação, cirurgia, exame, etc)	Quantitat
23/03/23	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): 23/03/23
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 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

004443

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: 273 /20 23

IDENTIFICAÇAO 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: Branquinha, Espécie: (X) cão / ( ) gato, Raça: SRD
Sexo: (X) fêmea / ( ) macho, Porte: ( ) pequeno / (X) médio / ( ) grande, Pelagem: (X) curta / ( ) longa.
Cor e caracteristicas marcantes: Branquinha gordinha

2- Dados sobre a captura do animal: Data do recolhimento: 23/03/2023
Nome do responsável pela captura: Maria Natalina
Local do recolhimento (nome da rua e bairro): Vila Rica
Mo[illegible] do recolhimento: castração

3- Procedência do animal: ( ) canil municipal ( ) 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: 11,1 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
23[illegible]3/23	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): 23/03/23
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): Ao 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 DE CONGONHAS
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE / DIRETORIA DE ATENÇÃO BÁSICA
DEPTO. FISC. E VIGILÂNCIA EM SAÚDE / SETOR DE ZOONOSES

004444

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: 274 /20 23

IDENTIFICAÇAO 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: Malu, Espécie: (X) cão / ( ) gato, Raça: SRD
Sexo: (X) fêmea / ( ) macho, Porte: ( ) pequeno / (X) médio / ( ) grande, Pelagem: (X) curta / ( ) longa.
Cor e características marcantes: Marron e Preta

2- Dados sobre a captura do animal: Data do recolhimento: 23/03/2023
Nome do responsável pela captura: Marlene
Local do recolhimento (nome da rua e bairro): Bairro Boa
Motivo do recolhimento: Castração

3- Procedência do animal: ( ) canil municipal ( ) rua Outro: Tutor Dona Linda

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: 7.0kg Castração

2- Lista dos procedimentos e medicamentos utilizados.

Data do procedimento	Descrição do(s) procedimento(s) realizado(s) (consulta, internação, cirurgia, exame, etc)	Quantitat
23/03/23	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): 23/03/23
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): Lar Tutor Dona Linda

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

004445

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: 275/20 23

IDENTIFICAÇAO 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: Menina, 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: 23/03/2023
Nome do responsável pela captura: _____
Local do recolhimento (nome da rua e bairro): Rua Profeta Marcos, Praia
Motivo do recolhimento: Cortesão

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/qu geral do animal: Peso: —, Castração

2- Lista dos procedimentos e medicamentos utilizados.

Data do procedimento	Descrição do(s) procedimento(s) realizado(s) (consulta, internação, cirurgia, exame, etc)	Quantitat
23/03/23	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): 23/03/23
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 o local de resgate

Isabella G.A. 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

004446

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: 276 /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: Preto, **Espécie:** ( ) cão / (X) gato, **Raça:** SRD
Sexo: ( ) fêmea / (X) macho, **Porte:** ( ) pequeno / (X) médio / ( ) grande, **Pelagem:** (X) curta / ( ) longa.
Cor e características marcantes: preto umbigo umbilicado

2- Dados sobre a captura do animal: Data do recolhimento: 23/03/2023
Nome do responsável pela captura: Vanderlei
Local do recolhimento (nome da rua e bairro): Bairro Burueleo
M[illegible]o do recolhimento: Usp Vet Icase

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: Usp Vet Icase

_____
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: ____, Usp Vet Icase

2- Lista dos procedimentos e medicamentos utilizados.

Data do procedimento	Descrição do(s) procedimento(s) realizado(s) (consulta, internação, cirurgia, exame, etc)	Quantitat
23/03/23	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): ainda se encontra internado

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

004447

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: 277 /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: Pintada - Bili, Espécie: (X) cão / ( ) gato, Raça: SRD
Sexo: (X) fêmea / ( ) macho, Porte: ( ) pequeno / ( ) médio / (X) grande, Pelagem: (X) curta / ( ) longa.
Cor e características marcantes: Pelo - Branco, pintadinha

2- Dados sobre a captura do animal: Data do recolhimento: 23/03/2023
Nome do responsável pela captura: Tati.
Local do recolhimento (nome da rua e bairro): Bairro Centro
Motivo do recolhimento: foi castrada mais entra na cio

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 castrada mais entra no cio

_____
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: —, foi castrada e entra no cio pois cirurgia para retirada dos ovarios remanescente
2- Lista dos procedimentos e medicamentos utilizados.

Data do procedimento	Descrição do(s) procedimento(s) realizado(s) (consulta, internação, cirurgia, exame, etc)	Quantitat
	consulta + cirurgia de retirada de ovario remanescente	

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): 23/03/23
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 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 recurs parcelas). Recebida pela PMC/SMS/DFVS em ___/___/_____

004448

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: 270 /2023

IDENTIFICAÇAO 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: Pretinha, Espécie: (X) cão / ( ) gato, Raça: SRD
Sexo: (X) fêmea / ( ) macho, Porte: ( ) pequeno / ( ) médio / (X) grande, Pelagem: (X) curta / ( ) longa.
Cor e características marcantes: Da linha preto / Preto

2- Dados sobre a captura do animal: Data do recolhimento: 27/09/2023
Nome do responsável pela captura: Iaci
Local do recolhimento (nome da rua e bairro): Linha preta
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

_____
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: 22.3kg castração

2- Lista dos procedimentos e medicamentos utilizados.

Data do procedimento	Descrição do(s) procedimento(s) realizado(s) (consulta, internação, cirurgia, exame, etc)	Quantitat
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
		__/__/__ 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 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 __/__/__

004449

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: 279/2023

IDENTIFICAÇAO 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: Justício 3, Espécie: (X) cão / ( ) gato, Raça: SRD
Sexo: (X) fêmea / ( ) macho, Porte: ( ) pequeno / ( ) médio / (X) grande, Pelagem: (X) curta / ( ) longa.
Cor e caracteristicas marcantes: caramelo

2- Dados sobre a captura do animal: Data do recolhimento: 27/03/2023
Nome do responsável pela captura: Taí
Local do recolhimento (nome da rua e bairro): Empresa de energia em bonfim Justício
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: 17,9kg castração

2- Lista dos procedimentos e medicamentos utilizados.

Data do procedimento	Descrição do(s) procedimento(s) realizado(s) (consulta, internação, cirurgia, exame, etc)	Quantitat
27/03/23	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): 27/03/23
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 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 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

004450

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: 280/2023

IDENTIFICAÇAO 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: Queijério 2, Espécie: (X) cão / ( ) gato, Raça: SRD
Sexo: (X) fêmea / ( ) macho Porte: ( ) pequeno / (X) médio / (X) grande, Pelagem: ( ) curta / ( ) longa.
Cor e características marcantes: Pitbull Amarela

2- Dados sobre a captura do animal: Data do recolhimento: 27/03/2023
Nome do responsável pela captura: DAT
Local do recolhimento (nome da rua e bairro): Campeão de Queijo em Santo Queijério
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: 21,9kg castração

2- Lista dos procedimentos e medicamentos utilizados.

Data do procedimento	Descrição do(s) procedimento(s) realizado(s) (consulta, internação, cirurgia, exame, etc)	Quantitat
27/03/23	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): 27/03/23
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): de 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 __/__/__

004451

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: 28/1202 3

IDENTIFICAÇAO 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: Juninho, Espécie: (X) cão / ( ) gato, Raça: SRD
Sexo: (X) fêmea / ( ) macho, Porte: ( ) pequeno / ( ) médio / (X) grande, Pelagem: (X) curta / ( ) longa.
Cor e características marcantes: _____

2- Dados sobre a captura do animal: Data do recolhimento: 27/03/2023
Nome do responsável pela captura: Joi
Local do recolhimento (nome da rua e bairro): Campus do Morro em Santo Antônio
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: 20,2 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
27/03/23	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): 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): Devolvido 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

004452

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: 202 /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: Rainha, Espécie: (X) cão / ( ) gato, Raça: SRD
Sexo: (X) fêmea / ( ) macho, Porte: ( ) pequeno / (X) médio / ( ) grande, Pelagem: (X) curta / ( ) longa.
Cor e características marcantes: Preta

2- Dados sobre a captura do animal: Data do recolhimento: 27/03/2023
Nome do responsável pela captura: Benevenuto Nazarinho
Local do recolhimento (nome da rua e bairro): Vila Escola Maria
Motivo do recolhimento: não está se alimentando e bebendo agua

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: não está se alimentando e bebendo agua

_____
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: _____, não está se alimentando e bebendo agua, veio a obito em 28/03/23

2- Lista dos procedimentos e medicamentos utilizados.

Data do procedimento	Descrição do(s) procedimento(s) realizado(s) (consulta, internação, cirurgia, exame, etc)	Quantitat
27/03/23	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): 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): veio a obito em 28/03/23

_____
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

004453

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: 263 /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: Bolinha, Espécie: (X) cão / ( ) gato, Raça: SRD
Sexo: (X) fêmea / ( ) macho, Porte: (X) pequeno / ( ) médio / ( ) grande, Pelagem: (X) curta / ( ) longa.
Cor e características marcantes: Branco e amarelo

2- Dados sobre a captura do animal: Data do recolhimento: 27/03/2023
Nome do responsável pela captura: Renha
Local do recolhimento (nome da rua e bairro): Jardim Acapulco
Motivo do recolhimento: Tumor muito grande no mama

3- Procedência do animal: ( ) canil municipal ( ) rua Outro: Tutor Paula Renata

4- Responsável pelo encaminhamento do animal para procedimento veterinário: ( ) Setor de Zoonoses (X) OSC PARC
Motivo do encaminhamento: Tumor muito grande no mama

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: 14kg, Tumor muito grande no mama

2- Lista dos procedimentos e medicamentos utilizados.

Data do procedimento	Descrição do(s) procedimento(s) realizado(s) (consulta, internação, cirurgia, exame, etc)	Quantitat
27/03/23	Consulta + internação, aguardando	
	Cirurgia mastruga	

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): Ainda de encontro à internação

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 ___/___/_____

004454

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: 284/2023

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: Samurai, Espécie: (X) cão / ( ) gato, Raça: SRD
Sexo: ( ) fêmea / (X) macho, Porte: ( ) pequeno / ( ) médio / ( ) grande, Pelagem: ( ) curta / ( ) longa.
Cor e características marcantes: Pit bem um olho

2- Dados sobre a captura do animal: Data do recolhimento: 27/03/2023
Nome do responsável pela captura: Vanderlei
Local do recolhimento (nome da rua e bairro): Rua do canil da org
Motivo do recolhimento: castração

3- Procedência do animal: ( ) canil municipal ( ) rua Outro: canil da 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

CLINICA / MEDICO VETERINARIO

1- Avaliação do animal pelo médico veterinário responsável pela realização dos procedimentos veterinários: Sintomas/q geral do animal: Peso: 29,9kg castração

2- Lista dos procedimentos e medicamentos utilizados.

Data do procedimento	Descrição do(s) procedimento(s) realizado(s) (consulta, internação, cirurgia, exame, etc)	Quantitat
27/03/23	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 de finalização do(s) procedimento(s) realizado(s): 27/03/23
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): de 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 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

004455

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: 285 /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: marron

2- Dados sobre a captura do animal: Data do recolhimento: 28/03/2023
Nome do responsável pela captura: Vanderlei
Local do recolhimento (nome da rua e bairro): maria Eldodu
Motivo do recolhimento: emagrecimento e falta de apetite

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: emagrecimento falta de apetite

_____
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: ——, emagrecimento e falta de apetite

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 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): 28/03/23
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): 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

004456

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: 286/2023

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: ( ) cão / (X) 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: 28/03/2023
Nome do responsável pela captura: Mauro Patrício
Local do recolhimento (nome da rua e bairro): casa de Pedra
Motivo do recolhimento: Hiperêmese

3- Procedência do animal: ( ) canil municipal ( ) rua Outro: Juiz de baixo lenda

4- Responsável pelo encaminhamento do animal para procedimento veterinário: ( ) Setor de Zoonoses (X) OSC PARC
Motivo do encaminhamento: Hiperêmese

_____
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: _____, Hiperêmese

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 início do tratamento e data final tratamento)
Ondansetrona	—	7 - / - 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 casa de Juiz.

_____
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

004457

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: 287 /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: Nico, 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: 29/03/2023
Nome do responsável pela captura: Jocirene Paiva
Local do recolhimento (nome da rua e bairro): Babilônia
Motivo do recolhimento: com dicheiro no olho

3- Procedência do animal: ( ) canil municipal ( ) rua Outro: Juiz baixa renda

4- Responsável pelo encaminhamento do animal para procedimento veterinário: ( ) Setor de Zoonoses (X) OSC PARC
Motivo do encaminhamento: com picheiro no olho

_____
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: —, com dicheiro no olho

2- Lista dos procedimentos e medicamentos utilizados.

Data do procedimento	Descrição do(s) procedimento(s) realizado(s) (consulta, internação, cirurgia, exame, etc)	Quantitat
29/03/23	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): 29/03/23
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 local de 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

004458

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: 266/2023

IDENTIFICAÇAO 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: Nick, 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: 29/03/2023
Nome do responsável pela captura: Maxwelene Maria Reis
Local do recolhimento (nome da rua e bairro): Bairro Pires.
Motivo do recolhimento: Dichiro no pescoço e suspeita de leishmaniose

3- Procedência do animal: ( ) canil municipal ( ) rua Outro: tutor baixa renda

4- Responsável pelo encaminhamento do animal para procedimento veterinário: ( ) Setor de Zoonoses (X) OSC PARC
Motivo do encaminhamento: Dichiro no pescoço e 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: ___, Dichiro no pescoço e 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
29/03/23	Consulta + pedido 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): 29/03/23
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): Ele volta para casa do tutor

Isabella G. A. 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

004459

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: 29/03/2023

IDENTIFICAÇAO 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

2- Dados sobre a captura do animal: Data do recolhimento: 29/03/2023
Nome do responsável pela captura: Maria de Lurdes
Local do recolhimento (nome da rua e bairro): Alto Bom Sucesso
Motivo do recolhimento: Com uma ferida

3- Procedência do animal: ( ) canil municipal ( ) rua Outro: Tutor baixa renda

4- Responsável pelo encaminhamento do animal para procedimento veterinário: ( ) Setor de Zoonoses (X) OSC PARC
Motivo do encaminhamento: Com uma ferida

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: —, Com uma ferida.

2- Lista dos procedimentos e medicamentos utilizados.

Data do procedimento	Descrição do(s) procedimento(s) realizado(s) (consulta, internação, cirurgia, exame, etc)	Quantitat
29/03/23	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): 29/03/23
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 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

004460

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: 290 /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: Bento, 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: 29/03/2023
Nome do responsável pela captura: Nilson
Local de recolhimento (nome da rua e bairro): Rua Rica
Motivo do recolhimento: prostação e pênis exposto

3- Procedência do animal: ( ) canil municipal ( ) rua Outro: Tutor Davino Penido

4- Responsável pelo encaminhamento do animal para procedimento veterinário: ( ) Setor de Zoonoses (v) OSC PARC
Motivo do encaminhamento: prostração e pênis exposto

_____
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: ____, prostração e pênis exposto

2- Lista dos procedimentos e medicamentos utilizados.

Data do procedimento	Descrição do(s) procedimento(s) realizado(s) (consulta, internação, cirurgia, exame, etc)	Quantitat
29/03/23	consulta + pedidos 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): 29/03/23
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 casa do tutor

Isabella G. A. 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 ____/____/_____

004461

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: 29/2023

IDENTIFICAÇAO 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: Xinnha, 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: 29/03/2023
Nome do responsável pela captura: Wagna Lima
Local de recolhimento (nome da rua e bairro): Cristo Rei
Motivo do recolhimento: castração

3- Procedência do animal: ( ) canil municipal ( ) rua Outro: tutor baixa renda

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: 9,2kg castração

2- Lista dos procedimentos e medicamentos utilizados.

Data do procedimento	Descrição do(s) procedimento(s) realizado(s) (consulta, internação, cirurgia, exame, etc)	Quantitat
29/03/23	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): 29/03/23
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): Ir p/ Volta para casa do tutor

Marcello A. 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

004462

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: 292 /2023

IDENTIFICAÇAO 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: [illegible], 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: 29/03/2023
Nome do responsável pela captura: [illegible]
Local do recolhimento (nome da rua e bairro): Rua Dondinhos
Motivo 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

CLINICA / MEDICO VETERINARIO

1- Avaliação do animal pelo médico veterinário responsável pela realização dos procedimentos veterinários: Sintomas/q geral do animal: Peso: 23,9kg [illegible]

2- Lista dos procedimentos e medicamentos utilizados.

Data do procedimento	Descrição do(s) procedimento(s) realizado(s) (consulta, internação, cirurgia, exame, etc)	Quantitat
29/03/23	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): 29/03/23
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): Irá voltar para 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 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

004463

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: 273/2023

IDENTIFICAÇAO 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: Moreno, Espécie: (X) cão / ( ) gato, Raça: SRD
Sexo: ( ) fêmea / (X) macho, Porte: ( ) pequeno / (X) médio / ( ) grande, Pelagem: ( ) curta / (X) longa.
Cor e caracteristicas marcantes: Amarelo

2- Dados sobre a captura do animal: Data do recolhimento: 29/03/2023
Nome do responsável pela captura: Wanderlei
Local de recolhimento (nome da rua e bairro): Ilha do canil da ong
Motivo 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 / MEDICO VETERINARIO

1- Avaliação do animal pelo médico veterinário responsável pela realização dos procedimentos veterinários: Sintomas/q geral do animal: Peso: 11,8 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
29/03/23	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): 29/03/23
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): Liberto para o canil da ong

Isabelle J. A. 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

004464

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: 294/2023

IDENTIFICAÇAO 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: Lola, Espécie: (X) cão / ( ) gato, Raça: SRD
Sexo: (X) fêmea / ( ) macho, Porte: ( ) pequeno / ( ) médio / (X) grande, Pelagem: (X) curta / ( ) longa.
Cor e características marcantes: marron idosa

2- Dados sobre a captura do animal: Data do recolhimento: 30/03/2023
Nome do responsável pela captura: Luiz Vitor Gonçalves
Local do recolhimento (nome da rua e bairro): Monte Sião
Motivo do recolhimento: prostração intensa e provável doença do carrapato

3- Procedência do animal: ( ) canil municipal ( ) rua Outro: Tutor baixa renda

4- Responsável pelo encaminhamento do animal para procedimento veterinário: ( ) Setor de Zoonoses (X) OSC PARC
Motivo do encaminhamento: prostração intensa e provável doença do carrapato

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: ___, Prostração intensa e provável doença do carrapato, Ulcera e obesa.
2- Lista dos procedimentos e medicamentos utilizados.

Data do procedimento	Descrição do(s) procedimento(s) realizado(s) (consulta, internação, cirurgia, exame, etc)	Quantitat
30/03/23	Consulta + Pesquisa de exames, obito	

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): 30/03/23
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): Veio a óbito

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

004465

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: 295/2023

IDENTIFICAÇAO 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: Pretinha, Espécie: (X) cão / ( ) gato, Raça: SRD
Sexo: (X) fêmea / ( ) macho, Porte: ( ) pequeno / (X) médio / ( ) grande, Pelagem: (X) curta / ( ) longa.
Cor e características marcantes: preta

2- Dados sobre a captura do animal: Data do recolhimento: 30/03/2023
Nome do responsável pela captura: Joni Fabiano
Local do recolhimento (nome da rua e bairro): Fazenda Lagoa limpa
Motivo do recolhimento: inteirissia, apatia, falta de apetite e vomito

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: inteirissia, apatia, falta de apetite e vomito

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: ____, com inteirissia, apatia, falta de apetite e vomito, veio a obito

2- Lista dos procedimentos e medicamentos utilizados.

Data do procedimento	Descrição do(s) procedimento(s) realizado(s) (consulta, internação, cirurgia, exame, etc)	Quantitat
30/03/23	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): 30/03/23
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): veio a obito

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

004466

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: 296 /2023

IDENTIFICAÇAO 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: Teddy, Espécie: (X) cão / ( ) gato, Raça: SRD
Sexo: ( ) fêmea / (X) macho, Porte: ( ) pequeno / (X) médio / ( ) grande, Pelagem: ( ) curta / (X) longa.
Cor e características marcantes: cinza peludo (pericemada pedida)

2- Dados sobre a captura do animal: Data do recolhimento: 31/03/2023
Nome do responsável pela captura: Vanderlei
Local do recolhimento (nome da rua e bairro): Ilson Oscar
Motivo do recolhimento: avaliação, banho e tosa

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: Avaliação, banho e tosa

_____
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: ____, avaliação, banho e tosa

2- Lista dos procedimentos e medicamentos utilizados.

Data do procedimento	Descrição do(s) procedimento(s) realizado(s) (consulta, internação, cirurgia, exame, etc)	Quantitat
31/03/23	consulta + medicação + 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): Modo de encontro internado

Rodrigo A. 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

004467

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: 297/2023

IDENTIFICAÇAO 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: Juca, 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: 31/03/2023
Nome do responsável pela captura: Tati
Local do recolhimento (nome da rua e bairro): Maravilha
Motivo do recolhimento: castração

3- Procedência do animal: ( ) canil municipal ( ) rua Outro: Tutor baixa renda

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: 21kg, castração

2- Lista dos procedimentos e medicamentos utilizados.

Data do procedimento	Descrição do(s) procedimento(s) realizado(s) (consulta, internação, cirurgia, exame, etc)	Quantitat
31/3/23	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): 31/03/23
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 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

004468

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: 296/2023

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: Bibia, Espécie: (X) cão / ( ) gato, Raça: SRD
Sexo: (X) fêmea / ( ) macho, Porte: ( ) pequeno / (X) médio / ( ) grande, Pelagem: (X) curta / ( ) longa.
Cor e caracteristicas marcantes: Branco e amarela

2- Dados sobre a captura do animal: Data do recolhimento: 31/03/2023
Nome do responsável pela captura: Amanda
Local de recolhimento (nome da rua e bairro): Vila Rica
Motivo do recolhimento: castração

3- Procedência do animal: ( ) canil municipal ( ) rua Outro: Tutor Maria Ximenes

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: 11 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
31/03/23	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): 31/03/23
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): devolvida para casa do tutor

Anabella G. A. 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

004469

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: 299/2023

IDENTIFICAÇAO 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: Bebel, 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: 31/03/2023
Nome do responsável pela captura: Amanda
Local do recolhimento (nome da rua e bairro): Vista Rica
Motivo do recolhimento: castração

3- Procedência do animal: ( ) canil municipal ( ) rua Outro: Tutor Doido rendo

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: 11kg . Castração

2- Lista dos procedimentos e medicamentos utilizados.

Data do procedimento	Descrição do(s) procedimento(s) realizado(s) (consulta, internação, cirurgia, exame, etc)	Quantitat
31/03/23	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): 31/03/23
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 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

004470

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: 300 /2023

IDENTIFICAÇAO 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: Joana, Espécie: ( ) cão / (X) gato, Raça: SRD
Sexo: (X) fêmea / ( ) macho, Porte: ( ) pequeno / (X) médio / ( ) grande, Pelagem: (X) curta / ( ) longa.
Cor e características marcantes: Preta e Branca

2- Dados sobre a captura do animal: Data do recolhimento: 31/03/2023
Nome do responsável pela captura: Tutor
Local do recolhimento (nome da rua e bairro): Jardim Projeto
Motivo do recolhimento: castração

3- Procedência do animal: ( ) canil municipal ( ) rua Outro: Tutor bairro Lundo

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: 2,1 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
31/03/23	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): 31/03/23
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 casa do Tutor.

Isabella G. A. 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

004471

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: 30 / 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: Bebo, Espécie: (X) cão / ( ) gato, Raça: Poodle
Sexo: (X) fêmea / ( ) macho, Porte: ( ) pequeno / (X) médio / ( ) grande, Pelagem: ( ) curta / (X) longa.
Cor e características marcantes: preto

2- Dados sobre a captura do animal: Data do recolhimento: 31/03/2023
Nome do responsável pela captura: Rubia
Local do recolhimento (nome da rua e bairro): Barra preta
Motivo do recolhimento: castração

3- Procedência do animal: ( ) canil municipal ( ) rua Outro: outro bairro renda

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: 4,8 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
31/03/23	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): 31/03/23
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 coleta de 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

004472

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: 302/2023

IDENTIFICAÇAO 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: Nego, 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: 31/03/2023
Nome do responsável pela captura: Barqueti
Local de recolhimento (nome da rua e bairro): Santo Antônio, bairro Praia
Motivo do recolhimento: Hiperatricose

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: Hiperatricose.

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: Hiperatricose

2- Lista dos procedimentos e medicamentos utilizados.

Data do procedimento	Descrição do(s) procedimento(s) realizado(s) (consulta, internação, cirurgia, exame, etc)	Quantitat
31/03/23	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): Segue internado

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

004473

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: 303 /20 23

IDENTIFICAÇAO 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: Rony, Espécie: (X) cão / ( ) gato, Raça: _____
Sexo: ( ) fêmea / (X) macho, Porte: ( ) pequeno / ( ) médio / ( ) grande, Pelagem: ( ) curta / ( ) longa.
Cor e características marcantes: Pitbull

2- Dados sobre a captura do animal: Data do recolhimento: 31/03/2023
Nome do responsável pela captura: Jucin (c. encontrou)
Local do recolhimento (nome da rua e bairro): Estrada da Cachoeira
Motivo do recolhimento: foi 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: foi abandonado.

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: — foi abandonado, foi resgatado.
No CCA

2- Lista dos procedimentos e medicamentos utilizados.

Data do procedimento	Descrição do(s) procedimento(s) realizado(s) (consulta, internação, cirurgia, exame, etc)	Quantitat
31/03/23	Consulta	

Medicamento(s) prescrito(s)	Dose	Número de dias de tratamento (data do início do tratamento e data final tratamento)
—	—	__/__/__ a __/__/__ (— dias
Nenhum	—	__/__/__ 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): 31/03/23
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): ao pátio do Bairro de Lobos

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

004474

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: 304 /2023

IDENTIFICAÇAO 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: Teuba, 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: 31/03/2023
Nome do responsável pela captura: (illegible)
Local do recolhimento (nome da rua e bairro): Vila São Vicente
Motivo do recolhimento: com dicheiro na pata

3- Procedência do animal: ( ) canil municipal ( ) rua Outro: Junto com dono vendo

4- Responsável pelo encaminhamento do animal para procedimento veterinário: ( ) Setor de Zoonoses (X) OSC PARC
Motivo do encaminhamento: com bicheira 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: com dicheira na pata, foi realizado a cirurgia de 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
31/03/23	Internação	
04/04/23	Cirurgia de amputação de 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
		/ / 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): Volta para casa do tutor

Isabella G. A. Mattos
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

004475

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: 305 /2023

IDENTIFICAÇAO 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: Pedro Coelho, Espécie: (—) cão / (—) gato, Raça: —
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: 31/03/2023
Nome do responsável pela captura: Vanderlei
Local do recolhimento (nome da rua e bairro): Novo Rotário
Motivo do recolhimento: Aparentemente atropelado

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: Aparentemente atropelado

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: — Aparentemente atropelado

2- Lista dos procedimentos e medicamentos utilizados.

Data do procedimento	Descrição do(s) procedimento(s) realizado(s) (consulta, internação, cirurgia, exame, etc)	Quantitat
31/03/23	Consulta + Internação	
	Pedido de Raio 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): — / — / —
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): Segue internado

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

004476

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: 306 /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: Marrom, 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: 10/03/2023
Nome do responsável pela captura: Taís
Local [redacted] recolhimento (nome da rua e bairro): Rua Maranhão
Motiv[redacted]o 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

CLINICA / MEDICO VETERINARIO

1- Avaliação do animal pelo médico veterinário responsável pela realização dos procedimentos veterinários: Sintomas/q geral do animal: Peso: 25,8 Kg

2- Lista dos procedimentos e medicamentos utilizados.

Data do procedimento	Descrição do(s) procedimento(s) realizado(s) (consulta, internação, cirurgia, exame, etc)	Quantitat
10/03/2023	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): / /
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 recurs parcelas). Recebida pela PMC/SMS/DFVS em / /

DEPTO. FISC. E VIGILÂNCIA EM SAÚDE / SETOR DE ZOONOSES

004477

ha de identificação de animal encaminhado para procedimento veterinário no CCA pela PARC. OBS:- Será autoriz
lização de procedimento(s) veterinário(s) (consulta, internação, cirurgia, exame, etc) com os recursos do Termo de Fon
/2021, firmado entre a PARC e o município de Congonhas, apenas para animais encaminhados pelo setor de Zoon
mais exclusivamente de rua (animal sem proprietário definido e único) e animais de pessoas de baixa renda encaminh
la OSC PARC.

HA Nº: 307 /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
SPONSÁVEL PELO ENVIO DO ANIMAL PARA A REALIZAÇÃO DO(S) PROCEDIMENTO(S) VETERINÁRIO(S).

Nome do animal: Tuti, Espécie: (X) cão / ( ) gato, Raça: SRD
xo: ( ) fêmea / (X) macho, Porte: ( ) pequeno / (X) médio / ( ) grande, Pelagem: (X) curta / ( ) longa.
r e características marcantes: Idoso

Dados sobre a captura do animal: Data do recolhimento: 01/3/2023
ome do responsável pela captura: Tatu
ocal de recolhimento (nome da rua e bairro): ao lado do cemiterio da basilica
otivo do recolhimento: Miiase

- 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: Miiase

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: — Miiase

- Lista dos procedimentos e medicamentos utilizados.

Data do procedimento	Descrição do(s) procedimento(s) realizado(s) (consulta, internação, cirurgia, exame, etc)	Quantitat
01/03/23	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): 01/03/2023
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): Ir Volta para local de origem

Assinatura do Médico Veterinário

Assinatura do Presidente da PARC / carimbo

OBSERVAÇÃO: Esta ficha deverá ser entregue ao DPVS até 30 dias após o recebimento de cada parcela de recurs
parcelas). Recebida pela PMC/SMS/DPVS em ___/___/___

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
lização de procedimento(s) veterinário(s) (consulta, internação, cirurgia, exame, etc) com os recursos do Termo de Fon
/2021, firmado entre a PARC e o município de Congonhas, apenas para animais encaminhados pelo Setor de Zoon
mais exclusivamente de rua (animal sem proprietário definido e único) e animais de pessoas de baixa renda encaminh
la OSC PARC.

HA Nº: 308 /2023

ENTIFICAÇÃO DO ANIMAL (ANEXAR FOTO CORPO INTEIRO, COLORIDA, DO ANIMAL) E DO RESPONSÁVEL E
ICAMINHAMENTO DO ANIMAL PARA PROCEDIMENTO VETERINÁRIO. ESTE CAMPO DEVERÁ SER PREENCHIDO P
ESPONSÁVEL PELO ENVIO DO ANIMAL PARA A REALIZAÇÃO DO(S) PROCEDIMENTO(S) VETERINÁRIO(S).

Nome do animal: Rabito, Espécie: (X) cão / ( ) gato, Raça: SRD
xo: ( ) 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: 10/03/2023
ome do responsável pela captura: Vanderlei
ocal do recolhimento (nome da rua e bairro): Tijuca
otivo do recolhimento: Animal atropelamento ou briga

- 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: Animal atropelamento ou briga.

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: 16 kg

2- Lista dos procedimentos e medicamentos utilizados.

Data do procedimento	Descrição do(s) procedimento(s) realizado(s) (consulta, internação, cirurgia, exame, etc)	Quantidad
10/03/23	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): 10/03/2023
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): Ida volta para 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 recurs
parcelas). Recebida pela PMC/SMS/DFVS em __/__/__

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 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.

CHA Nº: 309 /2023

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: Paçoca, Espécie: (X) cão / ( ) gato, Raça: SRD
exo: (X) fêmea / ( ) macho, Porte: ( ) pequeno / (X) médio / ( ) grande, Pelagem: (X) curta / ( ) longa.
or e características marcantes: Preta

- Dados sobre a captura do animal: Data do recolhimento: 10/03/2023
lome do responsável pela captura: Matusalem
ocal de recolhimento (nome da rua e bairro): Fonte dos meninos
lotivo do recolhimento: Mastectomia

- Procedência do animal: ( ) canil municipal ( ) rua Outro: Tutora Bairro Verde

- Responsável pelo encaminhamento do animal para procedimento veterinário: ( ) Setor de Zoonoses (X) OSC PARC
lotivo do encaminhamento: Mastectomia

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: — Mastectomia

2- Lista dos procedimentos e medicamentos utilizados.

Data do procedimento	Descrição do(s) procedimento(s) realizado(s) (consulta, internação, cirurgia, exame, etc)	Quantitat
10/03/23	Cirurgia de mastectomia.	

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): 10/03/2023
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): Ida volta Casa e 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 recurs parcelas). Recebida pela PMC/SMS/DFVS em ___/___/___

004480

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 la OSC PARC.

CHA Nº: 310 /2023

ENTIFICAÇAO 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: Akita, Espécie: (X) cão / ( ) gato, Raça: Akita
exo: ( ) fêmea / (X) macho, Porte: ( ) pequeno / (X) médio / ( ) grande, Pelagem: ( ) curta / (X) longa.
or e características marcantes: branco

- Dados sobre a captura do animal: Data do recolhimento: 10/03/2023
ome do responsável pela captura: Wanderlei
ocal de recolhimento (nome da rua e bairro): —
lotivo 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
lotivo 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: — castração

2- Lista dos procedimentos e medicamentos utilizados.

Data do procedimento	Descrição do(s) procedimento(s) realizado(s) (consulta, internação, cirurgia, exame, etc)	Quantitat
10/03/23	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): 10/03/2023
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): Devolvido 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 recurs parcelas). Recebida pela PMC/SMS/DFVS em ___/___/___

004481

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
ilização de procedimento(s) veterinário(s) (consulta, internação, cirurgia, exame, etc) com os recursos do Termo de Fon
/2021, firmado entre a PARC e o município de Congonhas, apenas para animais encaminhados pelo setor de Zoon
mais exclusivamente de rua (animal sem proprietário definido e único) e animais de pessoas de baixa renda encaminh
la OSC PARC.

HA Nº: 311 /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
SPONSÁVEL PELO ENVIO DO ANIMAL PARA A REALIZAÇÃO DO(S) PROCEDIMENTO(S) VETERINÁRIO(S).

Nome do animal: Pretinha, Espécie: (X) cão / ( ) gato, Raça: SRD
xo: (X) fêmea / ( ) macho, Porte: ( ) pequeno / (X) médio / ( ) grande, Pelagem: (X) curta / ( ) longa.
or e características marcantes: Preta mancha

Dados sobre a captura do animal: Data do recolhimento: 10/03/2023
ome do responsável pela captura: Isabella
ocal do recolhimento (nome da rua e bairro): Gran Park
otivo do recolhimento: Prolapso retal e muito magra

- Procedência do animal: ( ) canil municipal (X) rua Outro:

- Responsável pelo encaminhamento do animal para procedimento veterinário: ( ) Setor de Zoonoses ( ) OSC PARC
lotivo do encaminhamento: Prolapso retal e muito magra

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/qu
eral do animal: Peso: — Prolapso retal e muito magra

2- Lista dos procedimentos e medicamentos utilizados.

Data do procedimento	Descrição do(s) procedimento(s) realizado(s) (consulta, internação, cirurgia, exame, etc)	Quantidade
10/03/23	Eutanásia	

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): 13/03/2023
4- Local onde o animal permanecerá durante o(s) procedimento(s) realizado(s): Óbito
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 ___/___/___

004482

DEPTO. FISC. E VIGILÂNCIA EM SAÚDE / SETOR DE ZOONOSES

cha de identificação de animal encaminhado para procedimento veterinário no CCA pela PARC. OBS.: Será autoriz 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 da OSC PARC.

CHA Nº: 312/2023

DENTIFICAÇAO 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 ESPONSÁVEL PELO ENVIO DO ANIMAL PARA A REALIZAÇÃO DO(S) PROCEDIMENTO(S) VETERINÁRIO(S).

- Nome do animal: Rebeldo, Espécie: (X) cão / ( ) gato, Raça: SRD
exo: ( ) fêmea / (X) macho, Porte: ( ) pequeno / (X) médio / ( ) grande, Pelagem: ( ) curta / (X) longa.
or e características marcantes: Preto, pelo grandinho

- Dados sobre a captura do animal: Data do recolhimento: 13/03/2023
Nome do responsável pela captura: Viviane Lima da Silva
Local de recolhimento (nome da rua e bairro): Mineirolo
Motivo do recolhimento: Quimioterapia

- Procedência do animal: ( ) canil municipal ( ) rua Outro: Tutor bairro Mineirolo

- Responsável pelo encaminhamento do animal para procedimento veterinário: ( ) Setor de Zoonoses (X) OSC PARC
Motivo do encaminhamento: Quimioterapia

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: — Quimioterapia

2- Lista dos procedimentos e medicamentos utilizados.

Data do procedimento	Descrição do(s) procedimento(s) realizado(s) (consulta, internação, cirurgia, exame, etc)	Quantidade
13/03/23	Quimioterapia	

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): 13/03/2023
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): Devolvido para 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 recurs parcelas). Recebida pela PMC/SMS/DFVS em ___/___/___

004483

DEPTO. FISC. E VIGILÂNCIA EM SAÚDE / SETOR DE ZOONOSES

ha de identificação de animal encaminhado para procedimento veterinário no CCA pela PARC. OBS:· Será autoriz
lização de procedimento(s) veterinário(s) (consulta, internação, cirurgia, exame, etc) com os recursos do Termo de Fon
/2021, firmado entre a PARC e o município de Congonhas, apenas para animais encaminhados pelo setor de Zoon
mais exclusivamente de rua (animal sem proprietário definido e único) e animais de pessoas de baixa renda encaminh
la OSC PARC.

CHA Nº: 313/2023

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: Muchiba, Espécie: (X) cão / ( ) gato, Raça: SRD
xo: ( ) fêmea / (X) macho, Porte: ( ) pequeno / (X) médio / ( ) grande, Pelagem: (X) curta / ( ) longa.
or e características marcantes: Branco, manchado.

Dados sobre a captura do animal: Data do recolhimento: 14/03/2023
ome do responsável pela captura: Tati
ocal de recolhimento (nome da rua e bairro): Maranhão
otivo do recolhimento: Miase

- 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: Miase

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/qu
eral do animal: Peso: — Miase

2- Lista dos procedimentos e medicamentos utilizados.

Data do procedimento	Descrição do(s) procedimento(s) realizado(s) (consulta, internação, cirurgia, exame, etc)	Quantidade
14/03/23	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): 14/03/2023
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): Ir. Volta para 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 recurs
parcelas). Recebida pela PMC/SMS/DFVS em ___/___/___

DEPTO. FISC. E VIGILÂNCIA EM SAÚDE / SETOR DE ZOONOSES

ha de Identificação de animal encaminhado para procedimento veterinário no CCA pela PARC. OBS:: Será autoriz
ilização de procedimento(s) veterinário(s) (consulta, internação, cirurgia, exame, etc) com os recursos do Termo de Fon
/2021, firmado entre a PARC e o município de Congonhas, apenas para animais encaminhados pelo setor de Zoon
mais exclusivamente de rua (animal sem proprietário definido e único) e animais de pessoas de baixa renda encaminh
la OSC PARC.

)HA Nº: 317/2023

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: Pretinha, Espécie: (X) cão / ( ) gato, Raça: SRD
xo: (X) fêmea / ( ) macho, Porte: (X) pequeno / ( ) médio / ( ) grande, Pelagem: (X) curta / ( ) longa.
or e características marcantes: Preta

Dados sobre a captura do animal: Data do recolhimento: 14/03/2023
ome do responsável pela captura: tati
ocal do recolhimento (nome da rua e bairro): murtinho
otivo do recolhimento: muito magra, ferida 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: Muito magra e ferida nas costas

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: — Muito magra e ferida nas costas

2- Lista dos procedimentos e medicamentos utilizados.

Data do procedimento	Descrição do(s) procedimento(s) realizado(s) (consulta, internação, cirurgia, exame, etc)	Quantidade
14/03/23	Internação	
29/03/23		

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): 29/03/23
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): 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 recurs
parcelas). Recebida pela PMC/SMS/DFVS em ___/___/___

DEPTO. FISC. E VIGILÂNCIA EM SAÚDE / SETOR DE ZOONOSES

ha de Identificação de animal encaminhado para procedimento veterinário no CCA pela PARC. OBS.: Será autoriz
lização de procedimento(s) veterinário(s) (consulta, internação, cirurgia, exame, etc) com os recursos do Termo de Fon
/2021, firmado entre a PARC e o município de Congonhas, apenas para animais encaminhados pelo setor de Zoon
mais exclusivamente de rua (animal sem proprietário definido e único) e animais de pessoas de baixa renda encaminh
la OSC PARC.

HA Nº: 315 /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
SPONSÁVEL PELO ENVIO DO ANIMAL PARA A REALIZAÇÃO DO(S) PROCEDIMENTO(S) VETERINÁRIO(S).

Nome do animal: Mau, Espécie: ( ) cão / (X) gato, Raça: SRD
xo: ( ) fêmea / (X) macho, Porte: (X) pequeno / ( ) médio / ( ) grande, Pelagem: (X) curta / ( ) longa.
or e características marcantes: Preto e Branco

Dados sobre a captura do animal: Data do recolhimento: 14/03/2023
ome do responsável pela captura: Vanderlei
ocal de recolhimento (nome da rua e bairro): Rua
otivo do recolhimento: Esporotricose

- 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: esporotricose

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
ral do animal: Peso: - Esporotricose

2- Lista dos procedimentos e medicamentos utilizados.

Data do procedimento	Descrição do(s) procedimento(s) realizado(s) (consulta, internação, cirurgia, exame, etc)	Quantidade
14/03/23	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): Em tratamento CCA
5- Destino do animal após o(s) procedimento(s) realizado(s): ainda se encontra internado

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 ___/___/___

DEPTO. FISC. E VIGILÂNCIA EM SAÚDE / SETOR DE ZOONOSES 004486

ha de Identificação de animal encaminhado para procedimento veterinário no CCA pela PARC. OBS: Será autoriza
lização de procedimento(s) veterinário(s) (consulta, internação, cirurgia, exame, etc) com os recursos do Termo de Fon
/2021, firmado entre a PARC e o município de Congonhas, apenas para animais encaminhados pelo setor de Zoon
mais exclusivamente de rua (animal sem proprietário definido e único) e animais de pessoas de baixa renda encaminh
la OSC PARC.

)HA Nº: 316 /2023

ENTIFICAÇÃO DO ANIMAL (ANEXAR FOTO CORPO INTEIRO, COLORIDA, DO ANIMAL) E DO RESPONSÁVEL
ICAMINHAMENTO DO ANIMAL PARA PROCEDIMENTO VETERINÁRIO. ESTE CAMPO DEVERÁ SER PREENCHIDO
ESPONSÁVEL PELO ENVIO DO ANIMAL PARA A REALIZAÇÃO DO(S) PROCEDIMENTO(S) VETERINÁRIO(S).

Nome do animal: ZONO, Espécie: ( ) cão / (X) gato, Raça: SRD
xo: ( ) fêmea / (X) macho, Porte: (X) pequeno / ( ) médio / ( ) grande, Pelagem: (X) curta / ( ) longa.
or e características marcantes: _____

Dados sobre a captura do animal: Data do recolhimento: 17/03/2023
ome do responsável pela captura: CCZ
ocal do recolhimento (nome da rua e bairro): Estrada Plataforma
otivo do recolhimento: Miiase na pata

- 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: Miiase na pata

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: _____ Miiase na pata

2- Lista dos procedimentos e medicamentos utilizados.

Data do procedimento	Descrição do(s) procedimento(s) realizado(s) (consulta, internação, cirurgia, exame, etc)	Quantidade
17/03/23	CONSULTA	
20/03/23	Amputação de membro e costura	

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): 20/03/2023
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): Miiase pata 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 recurs
parcelas). Recebida pela PMC/SMS/DFVS em ___/___/___

004487

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 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.

CHA Nº: 317 /2023

ENTIFICAÇÃO 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: Pipoca, Espécie: (X) cão / ( ) gato, Raça: SRD
exo: ( ) fêmea / (X) macho, Porte: ( ) pequeno / ( ) médio / (X) grande, Pelagem: (X) curta / ( ) longa.
or e características marcantes: Marron

- Dados sobre a captura do animal: Data do recolhimento: 17/03/2023
ome do responsável pela captura: Bruna
ocal de recolhimento (nome da rua e bairro): Residencial
lotivo do recolhimento:

- Procedência do animal: ( ) canil municipal ( ) rua Outro: Tutor bairro Lemba

- Responsável pelo encaminhamento do animal para procedimento veterinário: ( ) Setor de Zoonoses (X) OSC PARC
lotivo do encaminhamento: Cirurgia de hernia perineal

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: 23,6 kg Cirurgia de hernia perineal

2- Lista dos procedimentos e medicamentos utilizados.

Data do procedimento	Descrição do(s) procedimento(s) realizado(s) (consulta, internação, cirurgia, exame, etc)	Quantidade
17/03/23	Cirurgia de hernia perineal	

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): 17/03/2023
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): Ir para 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 ___/___/___

004488

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
ilização de procedimento(s) veterinário(s) (consulta, internação, cirurgia, exame, etc) com os recursos do Termo de Fon
/2021, firmado entre a PARC e o município de Congonhas, apenas para animais encaminhados pelo setor de Zoon
mais exclusivamente de rua (animal sem proprietário definido e único) e animais de pessoas de baixa renda encaminh
la OSC PARC.

HA Nº: 316 /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
SPONSÁVEL PELO ENVIO DO ANIMAL PARA A REALIZAÇÃO DO(S) PROCEDIMENTO(S) VETERINÁRIO(S).

Nome do animal: Pirata, Espécie: (X) cão / ( ) gato, Raça: SRD
xo: ( ) fêmea / (X) macho, Porte: ( ) pequeno / (X) médio / ( ) grande, Pelagem: (X) curta / ( ) longa.
or e características marcantes: Preto, Um olho só

Dados sobre a captura do animal: Data do recolhimento: 20/03/2023
ome do responsável pela captura: Tati
ocal de recolhimento (nome da rua e bairro):
otivo do recolhimento: Miíase no olho,

- 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: Miíase no olho

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
ral do animal: Peso: + Lesão miíase extirpada sem exame

2- Lista dos procedimentos e medicamentos utilizados

Data do procedimento	Descrição do(s) procedimento(s) realizado(s) (consulta, internação, cirurgia, exame, etc)	Quantidade
20/03/23	Internação e 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): 19/04/2023
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 ao 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 recurs
parcelas). Recebida pela PMC/SMS/DFVS em ___/___/___

004489

DEPTO. FISC. E VIGILÂNCIA EM SAÚDE/ SETOR DE ZOONOSES

ha de identificação de animal encaminhado para procedimento veterinário no CCA pela PARC. OBS: Será autoriz
ização de procedimento(s) veterinário(s) (consulta, internação, cirurgia, exame, etc) com os recursos do Termo de Fon
/2021, firmado entre a PARC e o município de Congonhas, apenas para animais encaminhados pelo setor de Zoon
mais exclusivamente de rua (animal sem proprietário definido e único) e animais de pessoas de baixa renda encaminh
la OSC PARC.

)HA Nº: 319 /2023

ENTIFICAÇÃO DO ANIMAL (ANEXAR FOTO CORPO INTEIRO, COLORIDA, DO ANIMAL) E DO RESPONSÁVEL
ICAMINHAMENTO DO ANIMAL PARA PROCEDIMENTO VETERINÁRIO. ESTE CAMPO DEVERÁ SER PREENCHIDO
ESPONSÁVEL PELO ENVIO DO ANIMAL PARA A REALIZAÇÃO DO(S) PROCEDIMENTO(S) VETERINÁRIO(S).

Nome do animal: Preto, Espécie: (X) cão / ( ) gato, Raça: SRD
xo: ( ) fêmea / (X) macho, Porte: ( ) pequeno / ( ) médio / (X) grande, Pelagem: (X) curta / ( ) longa.
or e características marcantes: Preto, pata pra marrom

Dados sobre a captura do animal: Data do recolhimento: 29/03/2023
ome do responsável pela captura: Vanderlei Cesar
ocal de recolhimento (nome da rua e bairro): aterro Sanitario
otivo do recolhimento: Mudar e muito magro

- 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: Mudar e muito magro

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
jeral do animal: Peso: — Rins. e muito magro

2- Lista dos procedimentos e medicamentos utilizados.

Data do procedimento	Descrição do(s) procedimento(s) realizado(s) (consulta, internação, cirurgia, exame, etc)	Quantidad
29/03/23	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): 29/03/23
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): Ao Vete. para 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 recurs
parcelas). Recebida pela PMC/SMS/DFVS em ___/___/___

DEPTO. PSC E VIGILANCIA EM SAUDE / SETOR DE ZOONOSES 004490

che 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 Gongonhas, 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 da OSC PARC.

CHA Nº: 320 /2023

IDENTIFICAÇAO 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: Diana, Espécie: (X) cão / ( ) gato, Raça: SRD
exo: (X) fêmea / ( ) macho, Porte: ( ) pequeno / (X) médio / ( ) grande, Pelagem: (X) curta / ( ) longa.
or e características marcantes: Marron

- Dados sobre a captura do animal: Data do recolhimento: 30/03/20
nome do responsável pela captura: Sonia Marcelino
ocal do recolhimento (nome da rua e bairro): Lucas Monteiro
lotivo do recolhimento: Cirurgia de hernia

- Procedência do animal: ( ) canil municipal ( ) rua Outro: Lar bairro vizinho

- Responsável pelo encaminhamento do animal para procedimento veterinário: ( ) Setor de Zoonoses (X) OSC PARC
lotivo do encaminhamento: Cirurgia de hernia

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: 16,3kg Cirurgia de hernia

2- Lista dos procedimentos e medicamentos utilizados.

Data do procedimento	Descrição do(s) procedimento(s) realizado(s) (consulta, internação, cirurgia, exame, etc)	Quantidad
30/03/23	Cirurgia de hernia	

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): 30/03/2023
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): Devolvido para 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 recurs parcelas). Recebida pela PMIC/SMS/DFVS em / /

004491

Ofício nº PARC/019/2023

Congonhas, 6 de setembro 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 6ª e7ª parcelas repassadas pelo município, em conformidade com o Segundo Termo Aditivoao Termo de Fomento nº. 03/2021.

Atenciosamente.

Wagner Magalhães de Assis

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

RECEBEMOS EM 12.09.2023

Assinatura: _____

DECLARAÇÃO

Congonhas, 6 de setembro 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

DECLARAÇÃO 004493

Congonhas, 6 de setembro 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 queserá apresentado depósito de R$281,60na conta 3005-5, da PARC, na prestação de contas referente ao mês de setembro, para ressarcimento das seguintes despesas:

R$55,00 de tarifas bancárias do mês de agosto.

R$31,20 referente aos juros por atraso pagos à Administradora Santo Antônio Ltda.: NF 000.035.745, de R$975,21 e pagamento de R$1.006,41.

R$70,90 pagos à empresa A Casa da Nani Comércio Ltda. por 2 kits de focinheiras.

R$124,50 por produtos não entregues.

Esclarecemos que o valor de R$214,35, que deveria ter sido depositado na conta 3005-5 em agosto, foi depositado no dia 06/09/2023, cujo comprovante será apresentado na prestação de contas de setembro.

Esclarecemos que foi pago à empresa J C R Pelegrini o valor de R$544,80, no dia 02/08/2023, pelos produtos adquiridos. Na NF 000013822, no valor total consta o valor do frete, pago à parte.

Esclarecemos que foi pago à empresa J C R Pelegrini o valor de R$1.825,14, no dia 11/08/2023, pelos produtos adquiridos. Na NF 000013967, no valor total consta o valor do frete, pago à parte.

Esclarecemos que foi pago à empresa Adimax Indústria e Comércio de Alimentos Ltda. o valor de R$5.971,25, em 21/08/2023, pelos sacos de ração adquiridos. Na NF 000.185.222 consta o valor de R$7.112,76 porque a empresa não especifica o desconto na nota, somente no boleto (anexo).

Esclarecemos que a empresa devolveu o valor de R$208,55 no dia 23/08/2023, referente à aquisição feita no Magazine Luiza Marketplace no valor total de R$1.283,15, por impossibilidade de entregar os produtos.

Esclarecemos que, com relação ao medicamento Organovit, quase ao finalizar a aquisição na empresa Farmácia da Vaca, pelo menor preço (R$205,00 c/ 5 unidades = R$41,00), constatamos que o menor valor do frete era R$72,59, o que tornaria o produto mais caro. Por esse motivo, optamos pelo segunda colocada, a empresa Kajavet (R$45,23), de quem jáiríamos comprar outros produtos.

Edilene Maria Marcossi

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

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

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: AGOSTO/2023

Prestação de Contas

Parcial	Execução das parcelas nº. 6 e 7	Final ou Única	
Período	01 a 31/08/2023	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%	9,27%	100%	96,98%
	2	Profissionais					
	2.1	2 veterinários - 30h/sem	mês	100%	8,33%	100%	69,29%
	2.2	2 auxiliares	mês	100%	8,45%	100%	71,02%
	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%	8,33%	100%	60,30%
	2.4	1 recepcionista	mês	100%	9,41%	100%	78,81%
	3	Exames	mês	100%	7,47%	100%	23,29%
	4	Combustível	mês	100%	8,38%	100%	70,19%

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	6.675,42	72.000,00	63.167,35
	2	Profissionais					
	2.1	2 veterinários - 30h/sem	mês	144.000,00	12.000,00	144.000,00	87.800,00
	2.2	2 auxiliares	mês	37.800,00	3.197,60	37.800,00	23.655,10
	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	4.550,00	54.600,00	28.381,60
	2.4	1 recepcionista	mês	16.200,00	1.524,80	16.200,00	11.246,00
	3	Exames	mês	30.000,00	2.243,58	30.000,00	4.749,57
	4	Combustível	mês	12.000,00	1.006,41	12.000,00	7.419,36
TOTAL GERAL				366.600,00	31.197,81	366.600,00	226.418,98

Congonhas, 6 de setembro de 2023

Executor

Responsável pelo preenchimento

004495

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

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: AGOSTO/2023

Prestação de Contas

Parcial	Execução das parcelas nº. 6 e 7	Final ou Única	
Período	01 a 31/08/2023	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 funcionamento do canil/gatil até a construção do canil/ gatil definitivo	mês	100%	7,50%	100%	52,50%
	6	Aluguel de uma casa para funcionamento da clínica veterinária	mês	100%	8,10%	100%	56,75%
	7	Recurso para pagamento às clínicas	-	100%	0,00%	100%	103,14%
	8	Veículo (manutenção/seguroi/impostos/ garagem)	-	100%	0,00%	100%	22,98%
	9	Alimento para cães e gatos	-	100%	9,95%	100%	110,32%
	10	Equipamentos/insumos para a clínica	-	100%	0,00%	100%	76,07%

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 funcionamento do canil/gatil até a construção do canil/ gatil definitivo	mês	24.000,00	1.800,00	24.000,00	10.800,00
	6	Aluguel de uma casa para funcionamento da clínica veterinária	mês	12.000,00	972,90	12.000,00	5.838,43
	7	Recurso para pagamento às clínicas	-	170.000,00	0,00	170.000,00	175.350,00
	8	Veículo (manutenção/seguroi/impostos/ garagem)	-	10.000,00	0,00	10.000,00	2.298,80
	9	Alimento para cães e gatos	-	60.000,00	5.971,25	60.000,00	60.227,08
	10	Equipamentos/insumos para a clínica	-	30.000,00	0,00	30.000,00	22.824,12
TOTAL GERAL				306.000,00	8.744,15	306.000,00	277.338,43

Congonhas, 6 de setembro de 2023

Executor

Responsável pelo preenchimento

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

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	AGO/2023

Prestação de Contas

Parcial	Execução das parcelas nº. 6 e 7	Final ou Única	
Período	01 a 31/08/2023	Período	____ / ____ / ____ a ____ / ____ / ____

RECEITA Valores Recebidos Inclusive os Rendimentos		DESPESA Despesas Realizadas Conforme Relação de Pagamentos	
DISCRIMINAÇÃO	VALOR	CREDOR	VALOR
PMC	0,00	J C R PELEGRINI	2.369,94
Rendimento líquido (bruto - IR - IOF)	256,70	MAGAZINE LUIZA MARKETPLACE	1.283,15
		BALLKE PRODUTOS HOSPITALARES LTDA.	203,45
		HEMOLAB LABORATÓRIO DE PATOLOGIA CLÍNICA LTDA.	2.243,58
		REALPHARMA DISTRIBUIDORA DE MEDICAMENTOS LTDA. - EPP	2.012,38
		DROGARIA PHARMA WELLB LTDA.	806,50
		GERALDO SOARES DE OLIVEIRA	1.800,00
		KARINE GOULART MAIA	2.450,00
		ADIMAX INDÚSTRIA E COMÉRCIO DE ALIMENTOS LTDA.	5.971,25
		REDE RETA LTDA.	1.006,41
		ADMINISTRADORA SANTO ANTÔNIO LTDA.	972,90
		GEZEBEL CONCEIÇÃO SOUZA SILVA	750,00
		LUCIMAR APARECIDA ANDRADE DA CRUZ	1.350,00
		PEDRO HENRIQUE VASCONCELOS SILVA	1.697,60
		SABRINA BARRETO DEMARCHI MOREIRA	1.500,00
		ANA FLÁVIA SILVA BARROS	1.524,80
		LUCAS ROCHA DIAS	6.000,00
		ISABELLA GONÇALVES ARRUDA BARBOSA	6.000,00
TOTAL GERAL	256,70		39.941,96

Congonhas, 6 de setembro 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	AGOSTO/2023

Prestação de Contas

Parcial	Execução das parcelas nº. 6 e 7	Final ou Única	
Período	01 a 31/08/2023	Período	____/____/____ a ____/____/____

Item	Credor	CNPJ/CPF	Nº. CH/OB	Data CH/OB	Valor	Nº. Nota Fiscal	Data Nota Fiscal	Valor
1	J C R PELEGRINI	20.273.766/0001-57	19768118831	02/08/2023	544,80	000013822	02/08/2023	613,71
2	MAGAZINE LUIZA MARKETPLACE	47.960.950/0001-21	20014430865	09/08/2023	1.283,15	VALOR DEVOLVIDO	VALOR DEVOLVIDO	208,55
3	MAGAZINE LUIZA MARKETPLACE/A CASA DA NANI COMÉRCIO LTDA.	47.960.950/0001-21	20014430865	09/08/2023	IDEM	814	09/08/2023	70,90
4	MAGAZINE LUIZA MARKETPLACE	47.960.950/0001-21	20014430865	09/08/2023	IDEM	DECLARAÇÃO	DECLARAÇÃO	124,50
5	MAGAZINE LUIZA MARKETPLACE / BENUTRI COMÉRCIO E REPRESENTAÇÃO LTDA.	47.960.950/0001-21	20014430865	09/08/2023	IDEM	120974	10/08/2023	879,20
6	BALLKE PRODUTOS HOSPITALARES LTDA.	06.103.122/0001-90	20038900638	10/08/2023	203,45	000.542.100	06/08/2023	203,45
7	HEMOLAB LABORATÓRIO DE PATOLOGIA CLÍNICA LTDA.	02.280.664/0001-87	023563849	11/08/2023	2.243,58	202300000011208	02/08/2023	2.243,58
8	J C R PELEGRINI	20.273.766/0001-57	20073392489	11/08/2023	1.825,14	000013967	11/08/2023	1.908,06
9	REALPHARMA DISTRIBUIDORA DE MEDICAMENTOS LTDA. - EPP	05.561.973/0001-13	20073413463	11/08/2023	2.012,38	000.060.748	10/08/2023	2.012,38
10	DROGARIA PHARMA WELLB LTDA.	17.311.946/0002-52	20073451665	11/08/2023	806,50	000050326	11/08/2023	806,50
11	GERALDO SOARES DE OLIVEIRA	970.893.626-04	20077553347	11/08/2023	1.800,00	35154	11/08/2023	1.800,00
12	KARINE GOULART MAIA	080.595.427-96	20160832478	14/08/2023	400,00	RECIBO 07	14/08/2023	400,00
13	ADIMAX INDÚSTRIA E COMÉRCIO DE ALIMENTOS LTDA.	03.887.324/0001-81	029240790	17/08/2023	5.971,25	000.185.222	21/08/2023	7.112,76
TOTAL					17.090,25			18.383,59

Congonhas, 6 de setembro de 2023

Executor

Responsável pelo preenchimento

0044971

MUNICÍPIO DE CONGONHAS
SECRETARIA DE PLANEJAMENTO
DIRETORIA DE ACOMPANHAMENTO DE CONVÊNIOS - DA

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	AGOSTO/2023

Prestação de Contas

Parcial	Execução das parcelas nº. 6 e 7	Final ou Única	
Período	01 a 31/08/2023	Período	____ / ____ / ____ a ____ / ____ / ____

Item	Credor	CNPJ/CPF	Nº. CH/OB	Data CH/OB	Valor	Nº. Nota Fiscal	Data Nota Fiscal	Valor
14	REDE RETA LTDA.	03.156.454/0001-44	033536256	21/08/2023	1.006,41	000.035.745	02/08/2023	975,21
15	ADMINISTRADORA SANTO ANTÔNIO LTDA.	20.073.045/0001-01	041227522	29/08/2023	972,90	RECIBO 094232	11/09/2023	972,90
16	GEZEBEL CONCEIÇÃO SOUZA SILVA	128.092.026-21	20672759102	31/08/2023	750,00	35248	31/08/2023	750,00
17	KARINE GOULART MAIA	080.595.427-96	20672889552	31/08/2023	2.050,00	35250	31/08/2023	2.050,00
18	LUCIMAR APARECIDA ANDRADE DA CRUZ	037.262.706-47	20672956605	31/08/2023	1.350,00	35253	31/08/2023	1.350,00
19	PEDRO HENRIQUE VASCONCELOS SILVA	136.433.826-26	20673059653	31/08/2023	1.697,60	35254	31/08/2023	1.697,60
20	SABRINA BARRETO DEMARCHI MOREIRA	059.533.996-42	20673154177	31/08/2023	1.500,00	35251	31/08/2023	1.500,00
21	ANA FLÁVIA SILVA BARROS	128.104.976-05	20673296263	31/08/2023	1.524,80	35252	31/08/2023	1.524,80
22	LUCAS ROCHA DIAS	124.773.786-19	20673373501	31/08/2023	6.000,00	35255	31/08/2023	6.000,00
23	ISABELLA GONÇALVES ARRUDA BARBOSA	054.869.626-81	20676604345	31/08/2023	6.000,00	35256	31/08/2023	6.000,00
					22.851,71			22.820,51

Congonhas, 6 de setembro de 2023

Executor

Responsável pelo preenchimento

0044498

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

ANEXO I

Conciliação Bancária

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

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

Prestação de Contas

Parcial	Execução das parcelas nº. 6 e 7	Final ou Única	
Período	01 a 31/08/2023	Período	__ / ____ / ____ a ____ / ____ / __

CONTA CORRENTE	BANCO	AGÊNCIA
3005-5	104	1044

Valores em R$

CRÉDITO	
SALDO ANTERIOR	46.507,39
DEPÓSITO PMC	0,00
DEPÓSITO ENTIDADE	0,00
RENDIMENTO LÍQUIDO DE APLICAÇÃO FINANCEIRA (rendimento bruto - IR - IOF)	256,70
OUTROS - DEVOLUÇÃO DE VALOR POR NÃO ENTREGA DE PRODUTO	208,55
TOTAL CRÉDITO	46.972,64

DÉBITO	
TARIFAS BANCÁRIAS	55,00
OPERAÇÕES BANCÁRIAS/TRANSFERÊNCIAS ELETRÔNICAS	39.941,96
OUTROS	
TOTAL DÉBITO	39.996,96

SALDO ATUAL (CRÉDITO - DÉBITO)	DATA DO SALDO =	31/08/2023	6.975,68
DESPESAS PENDENTES		VALOR	
SALDO APÓS COMPENSAÇÃO DAS DESPESAS PENDENTES			6.975,68

Congonhas, 6 de setembro de 2023

Executor

Responsável pelo preenchimento

004500

Comprovante de Pix enviado

CAIXA

Valor	Data
R$ 544,80	**02/08/2023** 12:19:50

Pix realizado com sucesso!

Dados do recebedor

Nome

[illegible] R PELEGRINI

CNPJ

[illegible]73.766/0001-57

[illegible]AO UNIBANCO S.A.

Dados do pagador

Nome

ASSOC PROT ANIMAIS RUA CONGONHAS

CNPJ

07.766.906/0001-60

Instituição

CAIXA ECONÔMICA FEDERAL

[illegible]orizadores

[illegible]78.263-, ***.630.116-****

Dados da transação

Valor

R$ 544,80

Data/Hora

02/08/2023 - 12:19:50

ID transação

E00360305202308021330a797062cb3f

Código da operação

[illegible]8118831

[illegible] de segurança

[illegible]9GHS52XWHNJLP2T

[illegible]re@kajavet.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.

004501

Comprovante de Pix enviado

CAIXA

Valor	Data
R$ 1.283,15	**09/08/2023** 17:27:56

Pix realizado com sucesso!

Dados do recebedor

Nome
Magazine Luiza Marketplace

CNPJ
47.960.950/0001-21

Instituição
[redacted]PAGAMENTOS

Dados do pagador

Nome
ASSOC PROT ANIMAIS RUA [redacted]

CPF
07.766.906/0001-60

Instituição
CAIXA ECONÔMICA FEDERAL

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

Dados da transação

Valor
R$ [redacted]83,15

Data/Hora
[redacted]06/2023 - 17:27:56

ID transação
[redacted]2023080920220b12a1955b0

Identificador
06e791f49ca8496c9dfbd288580e4569

Código da operação
20014430865

Chave de segurança
QLLRGTCS58LWTN1T

Chave Pix
1b476e35-4982-4932-b876-252e614e6b93

Em caso de 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

4502

Consulta Pix enviado

Valor	Data
R$ 203,45	**10/08/2023** 13:06:49

Dados do recebedor

Nome

BALLKE PRODUTOS HOSPITALARES LTDA

CNPJ

06.103.122/0001-90

Instituição

BANCO DO BRASIL S.A.

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 da transação

Situação

Efetivado

Valor

R$ 203,45

Valor do pagamento

R$ 203,45

Solicitação pagador

Solicitacao Pix

ID transação

E00360305202308101602 7c42bf

Data/Hora

10/08/2023 às 13:06:49

Identificador

CC005ORD0000000000000000

Código da operação

20038900638

Chave de segurança

AEZ1KF05HQ558VRE

Chave Pix

06103122000190

Caso tenha dúvidas ou não reconheça

004503

Comprovante de Pagamento de Boleto

CAIXA

Valor	Data
R$ 2.243,58	**11/08/2023** 20:05:15

Informações

Banco Recebedor

CAIXA ECONÔMICA FEDERAL

Representação numérica do código de barras

03399.01142 37600.000006 00069.601011 6 94390000224358

Instituição emissora - Nome do Banco

BANCO SANTANDER S.A.

Código do Banco	Código ISPB
033	**90400888**

Beneficiário original/ Cedente

Nome Fantasia

HEMOLAB ANALISES CLINICAS

Nome / Razão social

HEMOLAB LABORATORIO DE PATOLOGIA CLINICA

CPF / CNPJ

02.280.664/0001-87

Pagador Sacado

Nome Fantasia

PARC ASSOC PROT ANIMAIS RUA DE CONGONHAS

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 da Efetivação/ Agendamento

11/08/2023

Valor nominal do boleto

R$ 2.243,58

Juros (R$)	Desconto (R$)
0,00	**0,00**
IOF (R$)	**Abatimento (R$)**
0,00	**0,00**
Multa (R$)	**Valor calculado (R$)**
0,00	**2.243,58**

Código da operação

023563849

Chave de segurança

5GHQ7E9Z04SV23P5

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

Em caso de dúvidas entre em contato através dos canais oficiais de atendimento, e informe o ID de

004504

Comprovante de Pix enviado

Valor	Data
R$ 1.825,14	**11/08/2023** 13:06:04

Pix realizado com sucesso!

Dados do recebedor

Nome

[redacted]

CNPJ

[redacted].273.766/0001-57

Instituição

UNIBANCO S.A.

Dados do pagador

Nome

ASSOC PROT ANIMAIS RUA CONGONHAS

CNPJ

07.766.906/0001-60

Instituição

CAIXA ECONÔMICA FEDERAL

Chave Pix

[redacted].178.263-

Dados da transação

Valor

R$ 1.825,14

Data/Hora

11/08/2023 - 13:06:04

ID transação

E00360305202308111534 2b2c5e88549

Código da operação

20073392489

Código de segurança

[redacted]WH2T8KX56

[redacted]caixa.gov.br

Caso você não reconheça esta transação, entre em contato com o Alô CAIXA e informe o código 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

Comprovante de Pix enviado

CAIXA

Valor	Data
R$ 2.012,38	**11/08/2023** 13:06:57

Pix realizado com sucesso!

Dados do recebedor

REALPHARMA DISTRIBUIDORA DE MEDICAMENTOS LTDA EPP

CNPJ

[redacted]61.973/0001-13

Instituição

ITAÚ UNIBANCO S.A.

Dados do pagador

ASSOC PROT ANIMAIS RUA CONGONHAS

CNPJ

07.766.906/0001-60

Instituição

CAIXA ECONÔMICA FEDERAL

CPFs autorizadores

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

Dados da transação

Valor

R$ 2.012,38

Data/Hora

11/08/2023 - 13:06:57

Identificação

E00360305202308111536ff870bc0298

Código da operação

[redacted]413463

Identificação [redacted]

GAGMCYC5YEE46FKH

Chave Pix

05561973000113

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
Ouvidoria CAIXA: 0800 726 0101
SAC CAIXA: 0800 726 7474

Comprovante de Pix enviado

CAIXA

Valor	Data
R$ 806,50	**11/08/2023** 13:07:41

Pix realizado com sucesso!

Dados do recebedor

Nome

FARMÁCIA **PHARMA WELLB LTDA**

CNPJ

17.311.946/0002-52

Instituição

BCO SANTANDER (BRASIL) S.A.

Dados do pagador

Nome

ASSOC PROT ANIMAIS RUA CONGONHAS

CNPJ

07.766.906/0001-60

Instituição

CAIXA ECONÔMICA FEDERAL

Informações adicionais

*****.530.116-**, ***.178.263-****

Dados da transação

Valor

R$ 806,50

Data/Hora

11/08/2023 - 13:07:41

ID transação

E00360305202308111538ef2eb5f69a8

Código da operação

20073451665

Chave de segurança

WCSVYXJGG06ETS39

Tipo de chave

CNPJ 17946000252

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

Comprovante de Pix enviado

CAIXA

Valor	Data
R$ 1.800,00	**11/08/2023** 15:04:45

Pix realizado com sucesso!

Dados do recebedor

Nome

GERALDO SOARES DE OLIVEIRA

[redacted]*.893.626-****

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

[redacted].178.263-, ***.630.116-****

Dados da transação

Valor

R$ 1.800,00

Data/Hora

11/08/2023 - 15:04:45

ID transação

E00360305202308111800912bb356dff

Código da operação

20077553347

Chave de segurança

6P4HQFRRGNN3XEE6

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.

Comprovante de Pix enviado

CAIXA

Valor	Data
R$ 400,00	14/08/2023 17:26:10

Pix realizado com sucesso!

Dados do recebedor

KARINE GOULART MAIA

[redacted]

***.595.427-**

Instituição

CAIXA ECONÔMICA FEDERAL

Dados do pagador

[redacted]

ASSOC PROT ANIMAIS RUA DAS PONHAS

[redacted]

[redacted]366.906/0001-60

[redacted]

CAIXA ECONÔMICA FEDERAL

[redacted]Es autorizadores

[redacted]***.630.116-**, ***.178.263-**

Dados da transação

Valor

R$ 400,00

[redacted]

[redacted]/2023 - 17:26:10

[redacted]

E00038052023081419040ddc9c9715

[redacted]

[redacted]60832478

Chave de segurança

M6V2UJ53ESP4HKXM

Chave Pix

karinejosemaia@gmail.com

Em caso de dúvidas ou não reconheça esta [redacted] entre em contato com o Alô CAIXA e [redacted] da Transação presente neste [redacted]

Comprovante de Pagamento de Boleto

CAIXA

004509

Valor	Data
R$ 5.971,25	**17/08/2023** 13:06:40

Informações

Banco Recebedor

CAIXA ECONÔMICA FEDERAL

Representação numérica do código de barras

23793.37203 90000.684036
58001.066800 8 94460000711276

Instituição emissora - Nome do Banco

BANCO BRADESCO S/A

Código do Banco	Código ISPB
237	**60746948**

Beneficiário original/ Cedente

Nome Fantasia

ADIMAX IND E COM DE ALIMENTOS LTDA

Nome / Razão social

ADIMAX IND E COM DE ALIMENTOS LTDA

CPF / CNPJ

03.887.324/0001-81

Beneficiário Final

Nome Fantasia

ADIMAX IND E COM DE ALIMENTOS LTDA

CPF / CNPJ

03.887.324/0001-81

Pagador **Sacado**

Nome / Razão social

ASSOC PROT DOS ANIM DE R D CONGONHAS

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 da Efetivação/ Agendamento

17/08/2023

Data de vencimento do boleto

Juros (R$) Desconto (R$)

004510

Comprovante de Pagamento de Boleto

CAIXA

Valor	Data
R$ 1.006,41	**21/08/2023** 13:10:37

Informações

Nome do Pagador
CAIXA ECONÔMICA FEDERAL

Representação numérica do código de barras
34191.81486 25692.213157
33799.080008 8 94490000100641

Instituição emissora - Nome do Banco
ITAU UNIBANCO S.A.

Código do Banco	Código ISPB
341	**60701190**

Beneficiário original/ Cedente

Nome Fantasia
[illegible]RETA LTDA

Nome / Razão social
[illegible] LTDA

CPF / CNPJ
03.156.454/0001-44

Pagador Sacado

Nome Fantasia
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 da Efetivação/ Agendamento
21/08/2023

Valor nominal do boleto
1.006,41

Juros (R$)	Desconto (R$)
0,00	**0,00**
IOF (R$)	Abatimento (R$)
0,00	**0,00**
Multa (R$)	Valor calculado (R$)
0,00	**1.006,41**

Código de autenticação
AC536256

Código de barras
[illegible]8EW3V8

004511

Comprovante de Pagamento de Boleto

CAIXA

Valor	Data
R$ 972,90	**29/08/2023** 13:46:07

Informações

Banco Recebedor
CAIXA ECONÔMICA FEDERAL

Representação numérica do código de barras
10493.91731 55000.100044 44510.082306 1 94570000097290

Instituição emissora - Nome do Banco
CAIXA ECONOMICA FEDERAL

Código do Banco	Código ISPB
104	**00360305**

Beneficiário original/ Cedente

Nome Fantasia
ADMINISTRADORA SANTO ANTONIO LTDA

Nome / Razão social
ADMINISTRADORA SANTO ANTONIO LTDA

CPF / CNPJ
20.073.045/0001-01

Pagador Sacado

Nome Fantasia
ASSOCIACAO PROTETORES DOS ANIM

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 da Efetivação/ Agendamento
29/08/2023

Valor nominal do boleto
972,90

Juros (R$)	Desconto (R$)
0,00	**0,00**
IOF (R$)	Abatimento (R$)
0,00	**0,00**
Multa (R$)	Valor calculado (R$)
0,00	**972,90**

Código da operação
041227522

Chave de segurança

004512

Comprovante de Pix enviado

CAIXA

Valor	Data
R$ 750,00	**31/08/2023** 18:10:34

Pix realizado com sucesso!

Dados do recebedor

Nome

Gezebel Conceição Souza Silva

[redacted]

*****.092.026-****

Instituição

NU PAGAMENTOS S.A.

Dados do pagador

Nome

ASSOC PROT ANIMAIS RUA CONGONHAS

CNPJ

07.766.906/0001-60

Instituição

CAIXA ECONÔMICA FEDERAL

[redacted]s autorizadores

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

Dados da transação

Valor

R$ 750,00

Data/Hora

31/08/2023 - 18:10:34

ID transação

E00360305202308312030O4cd68dae57

Código da operação

20672759102

Chave de segurança

RMCP2XQGJN8GHEEF

Chave Pix

12809202621

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

004513

Comprovante de Pix enviado

CAIXA

Valor	Data
R$ 2.050,00	**31/08/2023** 18:13:44

Pix realizado com sucesso!

Dados do recebedor

Nome

KARINE GOULART MAIA

[redacted]

*****.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

[redacted]Fs autorizadores

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

Dados da transação

Valor

R$ 2.050,00

Data/Hora

31/08/2023 - 18:13:44

ID transação

E00360305202308312028lbf68fb3ac7

Código da operação

20672889552

Chave de segurança

3AHGQ4P66F27S482

Chave Pix

karinejosemaia@gmail.com

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

Comprovante de Pix enviado

CAIXA

Valor	Data
R$ 1.350,00	**31/08/2023** 18:15:28

Pix realizado com sucesso!

Dados do recebedor

Nome

LUCIMAR APARECIDA ANDRADE DA [redacted]UZ

CPF

*****.262.706-****

Instituição

BANCO DO BRASIL S.A.

Dados do pagador

Nome

ASSOC PROT ANIMAIS RUA CONGONHAS

CNPJ

07.766.906/0001-60

Instituição

CAIXA ECONÔMICA FEDERAL

[redacted]Fs autorizadores

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

Dados da transação

Valor

R$ 1.350,00

Data/Hora

31/08/2023 - 18:15:28

ID transação

E00360305202308312027deb8004e158

Código da operação

20672956605

Chave de segurança

H22WQ5XGUVSCMU28

Chave Pix

+5531981201892

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

Comprovante de Pix enviado

CAIXA

Valor	Data
R$ 1.697,60	**31/08/2023** 18:17:56

Pix realizado com sucesso!

Dados do recebedor

Nome

Pedro Henrique Vasconcelos Silva

[redacted]

*****.433.826-****

Instituição

NU PAGAMENTOS S.A.

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 da transação

Valor

R$ 1.697,60

Data/Hora

31/08/2023 - 18:17:56

ID transação

E00360305202308312024a9580f46733

Código da operação

20673059653

Chave de segurança

5QYHUQY1HL93C524

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.

004516

Comprovante de Pix enviado

CAIXA

Valor	Data
R$ 1.500,00	**31/08/2023** 18:19:54

Pix realizado com sucesso!

Dados do recebedor

Nome

Sabrina Barreto Demarchi Moreira

[redacted]

*****.533.996-****

Instituição

NEON PAGAMENTOS S.A. IP

Dados do pagador

Nome

ASSOC PROT ANIMAIS RUA CONGONHAS

CNPJ

07.766.906/0001-60

Instituição

CAIXA ECONÔMICA FEDERAL

[redacted]PFs autorizadores

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

Dados da transação

Valor

R$ 1.500,00

Data/Hora

31/08/2023 - 18:19:54

ID transação

E00360305202308312025527b09f6d72

Código da operação

20673154177

Chave de segurança

RGHWLU3KW6W41V1V

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.

004517

Comprovante de Pix enviado

CAIXA

Valor	Data
R$ 1.524,80	**31/08/2023** 18:23:25

Pix realizado com sucesso!

Dados do recebedor

Nome

ANA FLAVIA SILVA BARROS

[redacted]

*****.104.976-****

Instituição

BANCO INTER

Dados do pagador

Nome

ASSOC PROT ANIMAIS RUA CONGONHAS

CNPJ

07.766.906/0001-60

Instituição

CAIXA ECONÔMICA FEDERAL

CPFs autorizadores

[redacted]**.178.263-**, ***.630.116-****

Dados da transação

Valor

R$ 1.524,80

Data/Hora

31/08/2023 - 18:23:25

ID transação

E00360305202308312022 28c22f90518

Código da operação

20673296263

Chave de segurança

9WSGJQW0GZ509QTC

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.

004518

JNP

Comprovante de Pix enviado

CAIXA

Valor	Data
R$ 6.000,00	**31/08/2023** 18:24:50

Pix realizado com sucesso!

Dados do recebedor

Nome

Lucas Rocha Dias

[redacted]**.773.786-****

Instituição

NU PAGAMENTOS S.A.

Dados do pagador

Nome

ASSOC PROT ANIMAIS RUA CONGONHAS

CNPJ

07.766.906/0001-60

Instituição

CAIXA ECONÔMICA FEDERAL

[redacted]s autorizadores

[redacted]**.178.263-****, ***.630.116-****

Dados da transação

Valor

R$ 6.000,00

Data/Hora

31/08/2023 - 18:24:50

ID transação

E00360305202308312019dd116536e13

Código da operação

20673373501

Chave de segurança

VV8T0C3KMZX30KHN

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.

004519

Comprovante de Pix enviado

CAIXA

Valor	Data
R$ 6.000,00	**31/08/2023** 19:46:15

Pix realizado com sucesso!

Dados do recebedor

Nome

ISABELLA GONCALVES ARRUDA [redacted]RBOSA

CPF

*****.869.626-****

Instituição

BCO SANTANDER (BRASIL) S.A.

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 da transação

Valor

R$ 6.000,00

Data/Hora

31/08/2023 - 19:46:15

ID transação

E00360305202308312021d6183dd41e9

Código da operação

20676604345

Chave de segurança

5KNVUE7CA9FUYSWW

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.

004520

CAIXA

Extrato por período

Cliente: ASSOC PROT ANIMAIS RUA CONGONHAS

Conta: 1044 | 003 | 00003005-5

Data: 04/09/2023 - 12:40

Mês: Agosto/2023

Período: 1 - 31

Extrato

Data Mov.	Nr. Doc.	Histórico	Valor	Saldo
	000000	SALDO ANTERIOR	0,00	0,00
01/08/2023	000000	SALDO DIA		0,00 C
02/08/2023	021219	ENVIO PIX	544,80 D	544,80 D
02/08/2023	727220	RESG AUTOM	544,80 C	0,00 C
02/08/2023	000000	SALDO DIA		0,00 C
03/08/2023	000000	SALDO DIA		0,00 C
04/08/2023	000000	SALDO DIA		0,00 C
07/08/2023	000000	SALDO DIA		0,00 C
08/08/2023	000000	SALDO DIA		0,00 C
09/08/2023	091727	ENVIO PIX	1.283,15 D	1.283,15 D
09/08/2023	727220	RESG AUTOM	1.283,15 C	0,00 C
09/08/2023	000000	SALDO DIA		0,00 C
10/08/2023	101306	ENVIO PIX	203,45 D	203,45 D
10/08/2023	727220	RESG AUTOM	203,45 C	0,00 C
10/08/2023	000000	SALDO DIA		0,00 C
11/08/2023	563849	PAG BOLETO	2.243,58 D	2.243,58 D
11/08/2023	111306	ENVIO PIX	1.825,14 D	4.068,72 D
11/08/2023	111306	ENVIO PIX	2.012,38 D	6.081,10 D
11/08/2023	111307	ENVIO PIX	806,50 D	6.887,60 D
11/08/2023	111504	ENVIO PIX	1.800,00 D	8.687,60 D
11/08/2023	727220	RESG AUTOM	8.687,60 C	0,00 C
11/08/2023	000000	SALDO DIA		0,00 C
14/08/2023	141726	ENVIO PIX	400,00 D	400,00 D
14/08/2023	727220	RESG AUTOM	400,00 C	0,00 C
14/08/2023	000000	SALDO DIA		0,00 C
15/08/2023	000000	SALDO DIA		0,00 C
16/08/2023	000000	SALDO DIA		0,00 C
17/08/2023	240790	PAG BOLETO	5.971,25 D	5.971,25 D

17/08/2023	727220	RESG AUTOM	5.971,25 C	0,00 C
17/08/2023	000000	SALDO DIA		0,00 C
18/08/2023	000000	SALDO DIA		0,00 C
21/08/2023	536256	PAG BOLETO	1.006,41 D	1.006,41 D
21/08/2023	727220	RESG AUTOM	1.006,41 C	0,00 C
21/08/2023	000000	SALDO DIA		0,00 C
22/08/2023	000000	SALDO DIA		0,00 C
23/08/2023	231530	DEVREC PIX	208,55 C	208,55 C
23/08/2023	000000	SALDO DIA		208,55 C
24/08/2023	000000	SALDO DIA		208,55 C
25/08/2023	000000	MANUT CTA	55,00 D	153,55 C
25/08/2023	000000	SALDO DIA		153,55 C
28/08/2023	000000	SALDO DIA		153,55 C
29/08/2023	227522	PAG BOLETO	972,90 D	819,35 D
29/08/2023	727220	RESG AUTOM	819,35 C	0,00 C
29/08/2023	000000	SALDO DIA		0,00 C
30/08/2023	000000	SALDO DIA		0,00 C
31/08/2023	311810	ENVIO PIX	750,00 D	750,00 D
31/08/2023	311813	ENVIO PIX	2.050,00 D	2.800,00 D
31/08/2023	311815	ENVIO PIX	1.350,00 D	4.150,00 D
31/08/2023	311817	ENVIO PIX	1.697,60 D	5.847,60 D
31/08/2023	311819	ENVIO PIX	1.500,00 D	7.347,60 D
31/08/2023	311823	ENVIO PIX	1.524,80 D	8.872,40 D
31/08/2023	311824	ENVIO PIX	6.000,00 D	14.872,40 D
31/08/2023	311946	ENVIO PIX	6.000,00 D	20.872,40 D
31/08/2023	727220	RESG AUTOM	20.872,40 C	0,00 C
31/08/2023	000000	SALDO DIA		0,00 C

Lançamentos do Dia

Data Mov.	Nr. Doc.	Histórico	Valor	Saldo
04/09/2023	040940	ENVIO PIX	145,00 D	145,00 D

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

CAIXA

Extrato Fundo de Investimento

Para simples verificação

Nome da Agência	Código	Operação	Emissão
CONGONHAS, MG	1044	0088	05/09/2023

Fundo	CNPJ do Fundo	Início das Atividades do Fundo
CAIXA FACIL RENDA FIXA SIMPLES	05.114.716/0001-33	24/02/2003

Rentabilidade do Fundo

No Mês(%)	No Ano(%)	Nos Últimos 12 Meses(%)	Cota em: 31/07/2023	Cota em: 31/08/2023
0,9678	7,5269	11,4743	4,112052	4,151847

Administradora

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

Cliente

Nome	CPF/CNPJ	Conta Corrente	Mês/Ano	Folha
ASSOC PROT ANIMAIS RUA CONGONHAS	07.766.906/0001-60	003 .000030055	08/2023	01/02

Análise do Perfil do Investidor	Data da Avaliação

Resumo da Movimentação

Histórico	Valor em R$	Qtde de Cotas
Saldo Anterior	46.507,39C	11.310,020023
Aplicações	0,00	0,000000
Resgates	39.788,41D	9.629,882909
Rendimento Bruto no Mês	353,11C	
IRRF	55,04D	
IOF	41,37D	
Taxa de Saída	0,00	
Saldo Bruto*	6.975,68C	1.680,137113
Resgate Bruto em Trânsito*	0,00	

(*) Valor sujeito à tributação, conforme legislação em vigor

Movimentação Detalhada

Data	Histórico	Valor R$	Qtde de Cotas
02 / 08	RESGATE	544,80D	132,482294
	IRRF	0,00	
	IOF	0,43D	
09 / 08	RESGATE	1.283,15D	311,830612
	IRRF	0,25D	
	IOF	2,66D	
10 / 08	RESGATE	203,45D	49,432339
	IRRF	0,05D	
	IOF	0,45D	
11 / 08	RESGATE	8.687,60D	2.110,412910
	IRRF	2,74D	
	IOF	20,80D	
14 / 08	RESGATE	400,00D	97,125554
	IRRF	0,17D	
	IOF	0,89D	
17 / 08	RESGATE	5.971,25D	1.448,627699
	IRRF	4,18D	
	IOF	14,03D	
21 / 08	RESGATE	1.006,41D	243,910388
	IRRF	0,99D	
	IOF	1,90D	
29 / 08	RESGATE	819,35D	197,940694
	IRRF	1,56D	

Dados de Tributação	Rendimento Base	IRRF
	244,86	55,04

Informações ao Cotista

Serviço de Atendimento ao Cotista

SAC:	Endereço para Correspondência:
0800 726 0101	Caixa Postal 72624, São Paulo/SP CEP: 01405-001
Ouvidoria:	Endereço Eletrônico:
0800 725 7474	https://www1.caixa.gov.br/atendimento/telefones_da_caixa.asp

Acesse o site da CAIXA: www.caixa.gov.br

CAIXA

Extrato Fundo de Investimento

Para simples verificação

004523

Nome da Agência	Código	Operação	Emissão
CONGONHAS, MG	1044	0088	05/09/2023

Fundo	CNPJ do Fundo	Início das Atividades do Fundo
CAIXA FACIL RENDA FIXA SIMPLES	05.114.716/0001-33	24/02/2003

Rentabilidade do Fundo

No Mês(%)	No Ano(%)	Nos Últimos 12 Meses(%)	Cota em: 31/07/2023	Cota em: 31/08/2023
0,9678	7,5269	11,4743	4,112052	4,151847

Administradora

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

Cliente

Nome	CPF/CNPJ	Conta Corrente	Mês/Ano	Folha
ASSOC PROT ANIMAIS RUA CONGONHAS	07.766.906/0001-60	003 .000030055	08/2023	02/02

Análise do Perfil do Investidor	Data da Avaliação

Resumo da Movimentação

Histórico	Valor em R$	Qtde de Cotas
Saldo Anterior	46.507,39C	11.310,020023
Aplicações	0,00	0,000000
Resgates	39.788,41D	9.629,882909
Rendimento Bruto no Mês	353,11C	
IRRF	55,04D	
IOF	41,37D	
Taxa de Saída	0,00	
Saldo Bruto*	6.975,68C	1.680,137113
Resgate Bruto em Trânsito*	0,00	

(*) Valor sujeito à tributação, conforme legislação em vigor

Movimentação Detalhada

Data	Histórico	Valor R$	Qtde de Cotas
	IOF	0,21D	
31 / 08	RESGATE	20.872,40D	5.038,120415
	IRRF	45,10D	
	IOF	0,00	

Dados de Tributação	Rendimento Base	IRRF
	244,86	55,04

Informações ao Cotista

Acesse o site da CAIXA e conheça os E-FUNDOS : os fundos da CAIXA com movimentações exclusivamente pelo Internet Banking CAIXA e com taxas de administração inferiores às praticadas pelo mercado. Com os E-FUNDOS CAIXA você tem excelentes opções de investimento ao alcance de suas mãos, de acordo com seu perfil.
Um jeito prático de investir, da comodidade da sua casa!

Prezado(a) Cotista, compareça à sua agência de relacionamento e cadastre ou atualize seu endereço de e-mail.

Serviço de Atendimento ao Cotista

SAC:	***Endereço para Correspondência:***
0800 726 0101	Caixa Postal 72624, São Paulo/SP CEP: 01405-001
Ouvidoria:	***Endereço Eletrônico:***
0800 725 7474	https://www1.caixa.gov.br/atendimento/telefones_da_caixa.asp

Acesse o site da CAIXA: www.caixa.gov.br

MINISTÉRIO DA FAZENDA
Secretaria da Receita Federal do Brasil
Procuradoria-Geral da Fazenda Nacional

CERTIDÃO NEGATIVA DE DÉBITOS RELATIVOS AOS TRIBUTOS FEDERAIS E À DÍVIDA ATIVA DA UNIÃO

Nome: ASSOCIACAO PROTETORES DOS ANIMAIS DE RUA DE CONGONHAS
CNPJ: 07.766.906/0001-60

Ressalvado o direito de a Fazenda Nacional cobrar e inscrever quaisquer dívidas de responsabilidade do sujeito passivo acima identificado que vierem a ser apuradas, é certificado que não constam pendências em seu nome, relativas a créditos tributários administrados pela Secretaria da Receita Federal do Brasil (RFB) e a inscrições em Dívida Ativa da União (DAU) junto à Procuradoria-Geral da Fazenda Nacional (PGFN).

Esta certidão é válida para o estabelecimento matriz e suas filiais e, no caso de ente federativo, para todos os órgãos e fundos públicos da administração direta a ele vinculados. Refere-se à situação do sujeito passivo no âmbito da RFB e da PGFN e abrange inclusive as contribuições sociais previstas nas alíneas 'a' a 'd' do parágrafo único do art. 11 da Lei nº 8.212, de 24 de julho de 1991.

A aceitação desta certidão está condicionada à verificação de sua autenticidade na Internet, nos endereços <http://rfb.gov.br> ou <http://www.pgfn.gov.br>.

Certidão emitida gratuitamente com base na Portaria Conjunta RFB/PGFN nº 1.751, de 2/10/2014.
Emitida às 13:44:49 do dia 05/09/2023 <hora e data de Brasília>.
Válida até 03/03/2024.
Código de controle da certidão: **7DD7.F6CE.1DB6.2617**
Qualquer rasura ou emenda invalidará este documento.

PODER JUDICIÁRIO
JUSTIÇA DO TRABALHO

CERTIDÃO NEGATIVA DE DÉBITOS TRABALHISTAS

Nome: ASSOCIACAO PROTETORES DOS ANIMAIS DE RUA DE CONGONHAS (MATRIZ E FILIAIS)
CNPJ: 07.766.906/0001-60
Certidão nº: 46375838/2023
Expedição: 05/09/2023, às 13:47:25
Validade: 03/03/2024 - 180 (cento e oitenta) dias, contados da data de sua expedição.

Certifica-se que **ASSOCIACAO PROTETORES DOS ANIMAIS DE RUA DE CONGONHAS (MATRIZ E FILIAIS)**, inscrito(a) no CNPJ sob o nº **07.766.906/0001-60, NÃO CONSTA** como inadimplente no Banco Nacional de Devedores Trabalhistas.
Certidão emitida com base nos arts. 642-A e 883-A da Consolidação das Leis do Trabalho, acrescentados pelas Leis ns.º 12.440/2011 e 13.467/2017, e no Ato 01/2022 da CGJT, de 21 de janeiro de 2022.
Os dados constantes desta Certidão são de responsabilidade dos Tribunais do Trabalho.
No caso de pessoa jurídica, a Certidão atesta a empresa em relação a todos os seus estabelecimentos, agências ou filiais.
A aceitação desta certidão condiciona-se à verificação de sua autenticidade no portal do Tribunal Superior do Trabalho na Internet (http://www.tst.jus.br).
Certidão emitida gratuitamente.

INFORMAÇÃO IMPORTANTE
Do Banco Nacional de Devedores Trabalhistas constam os dados necessários à identificação das pessoas naturais e jurídicas inadimplentes perante a Justiça do Trabalho quanto às obrigações estabelecidas em sentença condenatória transitada em julgado ou em acordos judiciais trabalhistas, inclusive no concernente aos recolhimentos previdenciários, a honorários, a custas, a emolumentos ou a recolhimentos determinados em lei; ou decorrentes de execução de acordos firmados perante o Ministério Público do Trabalho, Comissão de Conciliação Prévia ou demais títulos que, por disposição legal, contiver força executiva.

004526

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:20/08/2023 a 18/09/2023

Certificação Número: 2023082001531337989134

Informação obtida em 05/09/2023 13:39:19

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

004527

SECRETARIA DE ESTADO DE FAZENDA DE MINAS GERAIS

CERTIDÃO DE DÉBITOS TRIBUTÁRIOS **Negativa**	CERTIDÃO EMITIDA EM: 16/08/2023 CERTIDÃO VALIDA ATÉ: 14/11/2023

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:2023000676793189

Minas Gerais
PREFEITURA MUNICIPAL DE CONGONHAS
SECRETARIA MUNICIPAL DA FAZENDA

004528

Data 03/07/2023 12h31min

Número	Validade
3214	01/10/2023

CERTIDÃO NEGATIVA DE DÉBITOS

Nome / Razão Social

ASSOCIACAO PROTETORES DOS ANIMAIS DE RUA DE CONGONHAS CNPJ: 07766906000160

Aviso

Sem débitos pendentes até a presente data.

Comprovação Junto à

Finalidade

Mensagem

A Fazenda Pública Municipal CERTIFICA que, até a presente data, não constam débitos tributários em nome do contribuinte acima identificado, ressalvando-se entretanto, no direito de cobrar e inscrever quaisquer dívidas que porventura vierem a ser apuradas posteriormente à emissão da presente certidão.

Código de Controle

CW2YND47DDHMKJT1

A validade do documento pode ser consultada no site da prefeitura por meio do código de controle informado.
http://www.congonhas.mg.gov.br

Congonhas (MG), 03 de Julho de 2023

004529

RECEBEMOS DE J C R PELEGRINI OS PRODUTOS / SERVIÇOS CONSTANTES DA NOTA FISCAL INDICADO AO LADO EMISSÃO: 02/08/2023 - DEST. / REM.: ASSOCIACAO PROTETORES DOS ANIMAIS DE RUA DE CONGONHAS - VALOR TOTAL: R$ 613,71		NF-e Nº 000013822 SÉRIE 001
DATA DE RECEBIMENTO	IDENTIFICAÇÃO E ASSINATURA DO RECEBEDOR	

IDENTIFICAÇAO DO EMITENTE	DANFE	
J C R PELEGRINI RUA ITALIA, 380 - SINIBALDI - CEP:15084-050 - SAO JOSE DO RIO PRETO - SP TEL: (17)3305-5218 http://megaonline.com.br/	**DOCUMENTO AUXILIAR DA NOTA FISCAL ELETRÔNICA** 0 - ENTRADA 1 - SAÍDA **1** **Nº 000013822** fl. 1 /1 SÉRIE 001	CHAVE DE ACESSO 3523 0820 2737 6600 0157 5500 1000 0138 2210 0092 6329 Consulta de autenticidade no portal nacional da NF-e www.nfe.fazenda.gov.br/portal ou no site da Sefaz Autorizadora

NATUREZA DE OPERAÇÃO	PROTOCOLO DE AUTORIZAÇÃO DE USO
VENDA DE MERCADORIA FORA ESTADO PJ C/ INSC ES	135231247756444 02/08/2023 13:49:14

INSCRIÇÃO ESTADUAL	INSCRIÇÃO ESTADUAL DO SUBST. TRIB.	CNPJ / CPF
647867896112		20.273.766/0001-57

DESTINATÁRIO / REMETENTE

NOME / RAZÃO SOCIAL			CNPJ / CPF	DATA DA EMISSÃO
ASSOCIACAO PROTETORES DOS ANIMAIS DE RUA DE CONGONHAS			07.766.906/0001-60	02/08/2023
ENDEREÇO	**BAIRRO / DISTRITO**		**CEP**	**DATA SAÍDA / ENTRADA**
RUA DELFINA SANTOS CORREA, 173	CRISTO REI		36414-438	02/08/2023
MUNICÍPIO	**FONE / FAX**	**UF**	**INSCRIÇÃO ESTADUAL**	**HORA DA SAÍDA**
C[redacted]ONHAS	(31)9442-6931	MG		13:48:47

FATURA

	NÚMERO	VALOR ORIGINAL	VALOR DESCONTO	VALOR LÍQUIDO
DADOS DA FATURA	013822	613,71	0,00	613,71

DUPLICATAS

Nº DUPLICATA	VENC.	VALOR	Nº DUPLICATA	VENC.	VALOR	Nº DUPLICATA	VENC.	VALOR	Nº DUPLICATA	VENC.	VALOR
001	02/08/2023	613,71									

CÁLCULO DO IMPOSTO

BASE DE CÁLCULO DO ICMS	VALOR DO ICMS	BASE CÁLC. ICMS SUBST.	VALOR DO ICMS SUBST.	VALOR TOTAL DOS PRODUTOS
0,00	0,00	0,00	0,00	544,80

VALOR DO FRETE	VALOR DO SEGURO	DESCONTO	OUTRAS DESP. ACESS.	VALOR DO IPI	VALOR TOTAL DA NOTA
68,91	0,00	0,00	0,00	0,00	613,71

TRANSPORTADOR / VOLUMES TRANSPORTADOS

RAZÃO SOCIAL	FRETE POR CONTA	CÓDIGO ANTT	PLACA DO VEÍCULO	UF	CNPJ / CPF
CORREIOS SEDEX	1 - DESTINATARIO				52.812.385/0001-95
ENDEREÇO	**MUNICÍPIO**			**UF**	**INSCRIÇÃO ESTADUAL**
,	SAO JOSE DO RIO PRETO			SP	

QUANTIDADE	ESPÉCIE	MARCA	NUMERAÇÃO	PESO BRUTO	PESO LÍQUIDO
1					

DADOS DO PRODUTO / SERVIÇOS

C[redacted] DO PR[redacted]RV.	DESCRIÇÃO DO PRODUTO / SERVIÇO	NCM / SH	CST	CFOP	UNID.	QUANT.	VALOR UNITÁRIO	VALOR DESCONTO	VALOR LÍQUIDO	BASE CÁLC. ICMS	VALOR I.C.M.S.	VALOR I.P.I.	ALÍQUOTAS ICMS	ALÍQUOTAS IPI
0002019	FIO POLIGLECAPRONE PGCL 25 N. 2-0 AG 1/2 C 2.6 / 70 CM - BIOLINE	30061090	241	6102	UN	24,0000	11,75	0,00	282,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
0003236	FIO POLIGLECAPRONE PGCL 25 N. 3-0 AG 3/8 C 3.1 / 70 CM - BIOLINE	30061090	241	6102	UN	24,0000	10,95	0,00	262,80	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00

DADOS ADICIONAIS

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES	RESERVADO AO FISCO
Tributo aproximado R$94,09 (17,27%) Federal, R$65,38 (12,00%) Estadual, R$0,00 (0,00%) Municipal - Fonte: IBPT B357E1 Cod. Cliente: 09322. Vendedor: 00026-NILTON JR. Vlr. ICMS Destino: 85,92 Vlr. ICMS Remetente: 0,00 Vlr. ICMS FCP: 0,00	

Chave de Acesso	Número NF-e	Versão
35-2308-37.678.672/0001-60-55-006-000.000.814-182.945.260-9	814	4.00

Dados da NF-e

Modelo	Série	Número	Data de Emissão	Data/Hora de Saída ou da Entrada	Valor Total da Nota Fiscal
55	6	814	09/08/2023 18:17:35-03:00	09/08/2023 18:17:35-03:00	70,90

Emitente

CNPJ	Nome / Razão Social	Inscrição Estadual	UF
37.678.672/0001-60	A casa da Nani Comercio Ltda	798378546117	SP

Destinatário

CNPJ	Nome / Razão Social	Inscrição Estadual	UF
07.766.906/0001-60	Assoc. Protetores dos Animais de Rua de Congonhas		MG
Destino da operação	**Consumidor final**	**Presença do Comprador**	
2 - Operação Interestadual	1 - Consumidor final	9 - Operação não presencial (outros)	

Emissão

Processo	Versão do Processo	Tipo de Emissão	Finalidade
0 - com aplicativo do Contribuinte	Bling 1.0	1 - Normal	1 - Normal
Natureza da Operação	**Tipo da Operação**	**Forma de Pagamento**	***Digest* Value da NF-e**
Venda de mercadoria a nao contribuinte	1 - Saída		ApH9bW8E0FXxSmxC+2lU39WMoD8=

Situação Atual: AUTORIZADA (Ambiente de autorização: produção)

Eventos da NF-e	Protocolo	Data Autorização	Data Inclusão AN
Autorização de Uso	135231299250508	09/08/2023 às 18:17:36-03:00	09/08/2023 às 18:17:37

Dados do Emitente

Nome / Razão Social	Nome Fantasia
A casa da Nani Comercio Ltda	A Casa da Nani
CNPJ	**Endereço**
37.678.672/0001-60	Rua Neide de Barros Amaro, 12 Quadra A10 Lote 12
Bairro / Distrito	**CEP**
Horto Florestal	18074-761
Município	**Telefone**
3552205 - Sorocaba	
UF	**País**
SP	1058 - Brasil
Inscrição Estadual	**Inscrição Estadual do Substituto Tributário**
798378546117	
Inscrição Municipal	**Município da Ocorrência do Fato Gerador do ICMS**

	3552205
CNAE Fiscal	Código de Regime Tributário
	1 - Simples Nacional

Dados do Destinatário

Nome / Razão Social		
Assoc. Protetores dos Animais de Rua de Congonhas		
CNPJ	Endereço	
07.766.906/0001-60	DELFINA SANTOS CORREA, 173	
Bairro / Distrito	CEP	
CRISTO REI	36414-438	
Município	Telefone	
3118007 - Congonhas		
UF	País	
MG	1058 - Brasil	
Indicador IE	Inscrição Estadual	Inscrição SUFRAMA
09 - Não Contribuinte, que pode ou não possuir Inscrição Estadual no Cadastro de Contribuintes do ICMS		
IM	E-mail	
	LU-1260270673167090@alias.integracommerce.com.br	

Dados dos Produtos e Serviços

Num.	Descrição	Qtd.	Unidade Comercial	Valor(R$)
1	Focinheiras Para Cachorro caes 10 unidades - Kit Com 02 Jogos Do N01 Ao N05	1,0000	UN	45,00

Código do Produto	Código NCM	Código CEST
b552a770a48e11eca33b4201ac185055	39269090	
Indicador de Escala Relevante	CNPJ do Fabricante da Mercadoria	Código de Benefício Fiscal na UF
Código EX da TIPI	CFOP	Outras Despesas Acessórias
	6108	
Valor do Desconto	Valor Total do Frete	Valor do Seguro
	25,90	

Indicador de Composição do Valor Total da NF-e		
1 - O valor do item (vProd) compõe o valor total da NF-e (vProd)		
Código EAN Comercial	Unidade Comercial	Quantidade Comercial
SEM GTIN	UN	1,0000
Código EAN Tributável	Unidade Tributável	Quantidade Tributável
SEM GTIN	UN	1,0000
Valor unitário de comercialização	Valor unitário de tributação	
45,0000000000	45,0000000000	
Número do pedido de compra	Item do pedido de compra	Valor Aproximado dos Tributos
	1	28,59
Número da FCI		

ICMS Normal e ST

Origem da Mercadoria	Código de Situação da Operação - Simples Nacional
0 - Nacional	102 - Tributada pelo Simples Nacional sem permissão de crédito

PIS

CST		
49 - Outras Operações de Saída		
Base de Cálculo	**Alíquota (%)**	**Valor do PIS**
0,00	0,0000	0,00

COFINS

CST		
49 - Outras Operações de Saída		
Base de Cálculo	**Alíquota (%)**	**Valor**
0,00	0,0000	0,00

Totais

ICMS

Base de Cálculo ICMS	Valor do ICMS	Valor do ICMS Desonerado	Valor Total do FCP
0,00	0,00	0,00	0,00
Valor Total ICMS FCP	**Valor Total ICMS Interestadual UF Destino**	**Valor Total ICMS Interestadual UF Rem.**	**Base de Cálculo ICMS ST**
			0,00
Valor ICMS Substituição	**Valor Total do FCP retido por ST**	**Valor Total do FCP retido anteriormente por ST**	
0,00	0,00	0,00	

Valor total da quantidade tributada do ICMS monofásico próprio	Valor total do ICMS monofásico próprio
Valor total da quantidade tributada do ICMS monofásico sujeito a retenção	**Valor total do ICMS monofásico sujeito a retenção**
Valor total da quantidade tributada do ICMS monofásico retido anteriormente	**Valor total do ICMS monofásico retido anteriormente**

Valor Total dos Produtos	Valor do Frete	Valor do Seguro	Valor Total dos Descontos
45,00	25,90	0,00	0,00
Valor Total do II	**Valor Total do IPI**	**Valor Total do IPI Devolvido**	**Valor do PIS**
0,00	0,00	0,00	0,00
Valor da COFINS	**Outras Despesas Acessórias**	**Valor Total da NFe**	**Valor Aproximado dos Tributos**
0,00	0,00	70,90	28,59

Dados do Transporte

Modalidade do Frete
0 - Contratação do Frete por Conta do Remetente

004533

Volumes

Volume 1

Quantidade	Espécie	Marca dos Volumes
	Volumes	
Numeração	**Peso Líquido**	**Peso Bruto**
	0,000	0,000

Dados de Cobrança

Fatura

Número	Valor Original	Valor do Desconto
000814	70,90	0,00

Valor Líquido: 70,90

Duplicatas

Número	Vencimento	Valor
001	08/09/2023	70,90

Formas de Pagamento

Ind. Forma de Pagamento.	Meio de Pagamento	Descrição do Meio de Pagamento	Valor do Pagamento
	15 - Boleto Bancário		70,90

Tipo de Integração Pagamento	CNPJ da Credenciadora	Bandeira da operadora	Número de autorização

Troco

Informações do Intermediador

CNPJ do Interemediador	Identificador cadastrado no Intermediador
47.960.950/0001-21	A Casa Da Nani Comercio Ltda

Informações Adicionais

XSLT: v4.0.6h

Formato de Impressão DANFE: 1 - DANFE normal, retrato

Informações Complementares de Interesse do Contribuinte

Descrição: Total aproximado de tributos: R$ 28,59 (40,32%) Federais R$ 15,83 (22,33%) Estaduais R$ 12,76 (18,00%) . Fonte IBPT.

Informações do Intermediador da Operação

CNPJ do Intermediador	Identificador Cadastrado no Intermediador

47960950000121	A Casa Da Nani Comercio Ltda

Dados de Nota Fiscal Avulsa

CNPJ	
Repartição Fiscal do Emitente	Matrícula do Funcionário
Nome do Funcionário	Fone / Fax
UF	Número do Documento Arrecadação
Valor Total do Documento Arrecadação	Data de Emissão do Documento Arrecadação
Data do Pagamento do Documento Arrecadação	

Chave de Acesso	Número NF-e	Versão
35-2308-04.609.201/0001-41-55-001-000.120.974-177.669.060-2	120974	4.00

Dados da NF-e

Modelo	Série	Número	Data de Emissão	Data/Hora de Saída ou da Entrada	Valor Total da Nota Fiscal
55	1	120974	10/08/2023 11:43:13-03:00	10/08/2023 11:43:13-03:00	879,20

Emitente

CNPJ	Nome / Razão Social	Inscrição Estadual	UF
04.609.201/0001-41	BENUTRI COMERCIO E REPRESENTACAO LTDA	438199953118	SP

Destinatário

CNPJ	Nome / Razão Social	Inscrição Estadual	UF
07.766.906/0001-60	ASSOC. PROTETORES DOS ANIMAIS DE RUA DE (67327)		MG

Destino da operação	Consumidor final	Presença do Comprador
2 - Operação Interestadual	1 - Consumidor final	2 - Operação pela internet

Emissão

Processo	Versão do Processo	Tipo de Emissão	Finalidade
0 - com aplicativo do Contribuinte	22.12.28.0	1 - Normal	1 - Normal

Natureza da Operação	Tipo da Operação	Forma de Pagamento	*Digest* Value da NF-e
VENDA P/ OUTRO ESTADO	1 - Saída		MDNqFBL0e1aEEXTNZwe45z1CQZ4=

Situação Atual: AUTORIZADA (Ambiente de autorização: produção)

Eventos da NF-e	Protocolo	Data Autorização	Data Inclusão AN
Autorização de Uso	135231304449311	10/08/2023 às 11:43:15-03:00	10/08/2023 às 11:43:20
CT-e Autorizado (Órgão Autor: SP)	891235687899964	10/08/2023 às 18:57:12-03:00	10/08/2023 às 18:57:12
CT-e Autorizado (Órgão Autor: SP)	891235688288043	10/08/2023 às 19:11:03-03:00	10/08/2023 às 19:11:03
CT-e Autorizado (Órgão Autor: SP)	891235839443756	16/08/2023 às 08:35:15-03:00	16/08/2023 às 08:35:15
MDF-e Autorizado com CT-e (Órgão Autor: AN)	891235839918949	16/08/2023 às 08:52:44-03:00	16/08/2023 às 08:52:44

Dados do Emitente

Nome / Razão Social	Nome Fantasia
BENUTRI COMERCIO E REPRESENTACAO LTDA	BENUTRI

CNPJ	Endereço
04.609.201/0001-41	RUA PEDRO MARTINS PARRA, 180

Bairro / Distrito	CEP
JARDIM SANTA ANTONIETA	17512-150

Município Telefone

3529005 - MARILIA	(14)3481-9851
UF	País
SP	1058 - BRASIL
Inscrição Estadual	Inscrição Estadual do Substituto Tributário
438199953118	
Inscrição Municipal	Município da Ocorrência do Fato Gerador do ICMS
	3529005
CNAE Fiscal	Código de Regime Tributário
	1 - Simples Nacional

Dados do Destinatário

Nome / Razão Social	
ASSOC. PROTETORES DOS ANIMAIS DE RUA DE (67327)	
CNPJ	Endereço
07.766.906/0001-60	DELFINA SANTOS CORREA, 173
Bairro / Distrito	CEP
CRISTO REI	36414-438
Município	Telefone
3118007 - CONGONHAS	
UF	País
MG	1058 - BRASIL

Indicador IE	Inscrição Estadual	Inscrição SUFRAMA
09 - Não Contribuinte, que pode ou não possuir Inscrição Estadual no Cadastro de Contribuintes do ICMS		

IM	E-mail
	lu-1260270673167090@alias.integracommerce.com.br

Local de Entrega

Razão Social ou Nome do Recebedor		
ASSOC. PROTETORES DOS ANIMAIS DE RUA DE CONGONHAS		
CNPJ	Logradouro	
07.766.906/0001-60	DELFINA SANTOS CORREA , 173	
Bairro	Município	UF
CRISTO REI	3118007 - CONGONHAS	MG
CEP	Código do País	
36414-438	1058	
Nome do País	Telefone	
BRASIL		
Endereço de e-mail do Recebedor	Inscrição Estadual do Estabelecimento Recebedor	

Dados dos Produtos e Serviços

Num.	Descrição	Qtd.	Unidade Comercial	Valor(R$)
1	VERMICANIS 2,4 G (30KG) DPY - 10 BLISTERES C/ 2 COMP	10,0000	DPY	879,20

Código do Produto	Código NCM	Código CEST
7315	30049069	

Indicador de Escala Relevante	CNPJ do Fabricante da Mercadoria	Código de Benefício Fiscal na UF

Código EX da TIPI	CFOP	Outras Despesas Acessórias
	6108	

Valor do Desconto	Valor Total do Frete	Valor do Seguro

Indicador de Composição do Valor Total da NF-e

1 - O valor do item (vProd) compõe o valor total da NF-e (vProd)

Código EAN Comercial	Unidade Comercial	Quantidade Comercial
7898568973187	DPY	10,0000

Código EAN Tributável	Unidade Tributável	Quantidade Tributável
7898568973187	DPY	10,0000

Valor unitário de comercialização	Valor unitário de tributação
87,9200000000	87,9200000000

Número do pedido de compra	Item do pedido de compra	Valor Aproximado dos Tributos
LU-126027067316		223,75

Número da FCI

ICMS Normal e ST

Origem da Mercadoria	Código de Situação da Operação - Simples Nacional
0 - Nacional	102 - Tributada pelo Simples Nacional sem permissão de crédito

PIS

CST

99 - Outras Operações

Base de Cálculo	Alíquota (%)	Valor do PIS
0,00	0,0000	0,00

COFINS

CST

99 - Outras Operações

Base de Cálculo	Alíquota (%)	Valor
0,00	0,0000	0,00

Informações adicionais do produto

Descrição

Trib Aprox: R$ 118,25 Federal R$ 105,50 Estadual Fonte: IBPT

004538

Totais

ICMS

Base de Cálculo ICMS	Valor do ICMS	Valor do ICMS Desonerado	Valor Total do FCP
0,00	0,00	0,00	0,00

Valor Total ICMS FCP	Valor Total ICMS Interestadual UF Destino	Valor Total ICMS Interestadual UF Rem.	Base de Cálculo ICMS ST
			0,00

Valor ICMS Substituição	Valor Total do FCP retido por ST	Valor Total do FCP retido anteriormente por ST
0,00	0,00	0,00

Valor total da quantidade tributada do ICMS monofásico próprio	Valor total do ICMS monofásico próprio

Valor total da quantidade tributada do ICMS monofásico sujeito a retenção	Valor total do ICMS monofásico sujeito a retenção

Valor total da quantidade tributada do ICMS monofásico retido anteriormente	Valor total do ICMS monofásico retido anteriormente

Valor Total dos Produtos	Valor do Frete	Valor do Seguro	Valor Total dos Descontos
879,20	0,00	0,00	0,00

Valor Total do II	Valor Total do IPI	Valor Total do IPI Devolvido	Valor do PIS
0,00	0,00	0,00	0,00

Valor da COFINS	Outras Despesas Acessórias	Valor Total da NFe	Valor Aproximado dos Tributos
0,00	0,00	879,20	223,75

Dados do Transporte

Modalidade do Frete
1 - Contratação do Frete por conta do Destinatário

Transportador

	Razão Social / Nome	
	MAGALU ENTREGAS MAGALU ENTREGAS	
Inscrição Estadual	Endereço Completo	Município
	,	MARILIA
UF		
SP		

Volumes

Volume 1

Quantidade	Espécie	Marca dos Volumes
10		
Numeração	Peso Líquido	Peso Bruto
	0,680	0,500

004539

Formas de Pagamento

Ind. Forma de Pagamento.	Meio de Pagamento	Descrição do Meio de Pagamento	Valor do Pagamento
	3 - Cartão de Crédito		879,20

Tipo de Integração Pagamento	CNPJ da Credenciadora	Bandeira da operadora	Número de autorização

Troco

Informações do Intermediador

CNPJ do Interemediador	Identificador cadastrado no Intermediador
47.960.950/0001-21	04609201000141

Informações Adicionais

XSLT: v4.0.6h

Formato de Impressão DANFE

1 - DANFE normal, retrato

Informações de Compra

Nota de Empenho	Pedido	Contrato
	LU-126027067316	

Informações Adicionais de Interesse do Fisco

Descrição

Pagamento(s): Cartao de Credito(MAGALU) R$879,20, ; DOCUMENTO EMITIDO POR ME OU EPP OPTANTE PELO SIMPLES NACIONAL. NAO GERA DIREITO A CREDITO FISCAL DE IPI. ;Vendedor: E-COMMERCE ; Atendimento:MAGALU ; Trib Aprox: R$ 118,25 Federal R$ 105,50 Estadual Fonte: IBPT ;REF PEDIDO(s): 661039

Informações do Intermediador da Operação

CNPJ do Intermediador	Identificador Cadastrado no Intermediador
47960950000121	04609201000141

Dados de Nota Fiscal Avulsa

CNPJ

Repartição Fiscal do Emitente

Matrícula do Funcionário

Nome do Funcionário

Fone / Fax

UF

Número do Documento Arrecadação

Valor Total do Documento Arrecadação

Data de Emissão do Documento Arrecadação

Data do Pagamento do Documento Arrecadação

...ROS DE BALLKE PRODUTOS HOSPITALARES LTDA MAGAZINE MEDICA OS PRODUTOS ...NSTANTES DA NOTA FISCAL INDICADA AO LADO

NF-004541
N°.000.542.100
SÉRIE: 3

DATA DE RECEBIMENTO

IDENTIFICAÇÃO E ASSINATURA DO RECEBEDOR
1358974 ASSOCIACAO PROTETORES DOS ANIMAIS DE RUA DE CONGONHAS PARC
07.766.906/0001-60 Emissão:16/08/2023
Vend:11 Cond:10 DIAS Total:203.45

IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE
BALLKE PRODUTOS HOSPITALARES LTDA
MAGAZINE MEDICA
...VERSA SINAMOMO, 70,
... CEP: 89701494
... - SC
...444-2414
financeiro@ballke.com.br

DANFE
DOCUMENTO AUXILIAR DA NOTA FISCAL ELETRÔNICA
0 - ENTRADA
1 - SAÍDA [1]
N°. 000.542.100
SÉRIE 3
FOLHA 1/1

CHAVE DE ACESSO
4223 0806 1031 2200 0270 5500 3000 5421 0016 3576 1532

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

...AME
... - RECEITA VENDA BOLETO SITES

PROTOCOLO DE AUTORIZAÇÃO DE USO
342230185795982 16/08/2023 08:20:33

...AL
...2406

INSCRIÇÃO ESTADUAL DO SUBST. TRIBUTÁRIO

CNPJ
06.103.122/0002-70

...DESTINATÁRIO
...IAÇÃO PROTETORES DOS ANIMAIS DE RUA DE CONGONHAS PA

CNPJ/CPF
07.766.906/0001-60

DATA DA EMISSÃO
16/08/2023

...ÇO
DELFINA SANTOS CORREA, 173

BAIRRO/DISTRITO
CRISTO REI

CEP
36414438

DATA DA SAÍDA/ENTRADA
16/08/2023

MUNICÍPIO
CONGONHAS

FONE/FAX
31994426931

UF
MG

INSCRIÇÃO ESTADUAL

HORA DA SAÍDA
08:16:27

FATURA

NÚMERO	VENCIMENTO	VALOR	NÚMERO	VENCIMENTO	VALOR	NÚMERO	VENCIMENTO	VALOR	NÚMERO	VENCIMENTO	VALOR
001	28/08/2023	203.45									

...CULO DO IMPOSTO

...DE ICMS	VALOR DO ICMS	BASE DE CÁLCULO DO ICMS ST	VALOR DO ICMS SUBSTITUIÇÃO	VALOR TOTAL DOS PRODUTOS
203.45	24.41	0.00	0.00	193.31

...	VALOR DO SEGURO	DESCONTO	OUTRAS DESPESAS	VALOR DO IPI	VALOR TOTAL DA NOTA
...	0.00	31.70	0.00	0.00	203.45

...OLUMES TRANSPORTADOS

...	FRETE P/CONTA	PLACA DO VEÍCULO	UF	CNPJ/CPF	RNTC DO VEÍCULO
...BALLOG LOGISTICA LTDA	0-EMITENTE			04.884.082/0003-05	

...	MUNÍCIPIO	UF	INSCRIÇÃO ESTADUAL
...GARIBALDI	CONCORDIA	SC	255526890

...	ESPÉCIE	MARCA	NÚMERO	PESO BRUTO	PESO LÍQUIDO
	VOLUMES			0.513	0.468

DADOS DO PRODUTO / SERVIÇO

CÓDIGO	DESCRIÇÃO DO PRODUTO/SERVIÇO	NCM/SH	CST	CFOP	UNID.	QTDE	UNITÁRIO	DESCONTO	TOTAL	BC. ICMS	V. ICMS	ALIC ICMS
10039	LIDOCAINA XYLESTESIN 1% INJETAVEL C/VASOC. 20ML CRISTALIA LOTE:22080249 QTDE:13.00 FAB.:01.08.2022 VAL.:01.02.2024	30049043	000	6108	UN	13.00	14.87	31.70	193.31	203.45	24.41	12%

...ISSQN

...	VALOR TOTAL DOS SERVIÇOS	BASE DE CÁLCULO DO ISSQN	VALOR DO ISSQN
...229			

DADOS ADICIONAIS

CLIENTE	1358974
VENDEDOR	11
FORMA DE PAGAMENTO	PIX BB
...A DE PAGAMENTO	...CLAS

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES
VALOR APROXIMADO DOS TRIBUTOS R$ 21.74(11.25%) FONTE: IBPT
VALOR ICMS INTERESTADUAL PARA A UF DE DESTINO: R$ 12.21
DADOS DA ENTREGA: NOME: ASSOCIACAO PROTETORES DOS ANIMAIS DE RUA DE CONGONHAS PARC - ENDERECO: DELFINA SANTOS CORREA, 173 - BAIRRO: CRISTO REI - CIDADE: CONGONHAS - ESTADO: MG - PAIS: BR - CEP: 36414438
FANTASIA:ASSOCIAÇÃO PROTETORES DOS ANIMAIS DE RUA DE CONGONH
CRM/MG 14131
C BOLETO BANCARIO SE ENCONTRA ANEXADA A NOTA FISCAL

RESERVADO AO FISCO
DE

Esta nota fiscal não foi assinada digitalmente. Página 1/1

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

004542

Número da NFS-e
202300000011208
Código de Verificação
3YM76SGV6

NOTA FISCAL ELETRÔNICA DE SERVIÇO - NFS-e

Data da Emissão: 02/08/2023 Competência: Ago/2023 Natureza Operação: 1 - Tributação no município
Número do RPS / Lote: Situação Tributária ISSQN: Normal Local da Prestação: Conselheiro Lafaiete
Regime Especial de Tributação: Optante do Simples Nacional: Não

Dados do Prestador de Serviço

Razão Social/Nome: HEMOLAB LABORATORIO DE PATOLOGIA CLINICA LTDA
Nome Fantasia: HEMOLAB MEDICINA LABORATORIAL
CPF/CNPJ: 02.280.664/0001-87 Inscrição Municipal: 123775 Município: Conselheiro Lafaiete/MG Cep: 36400-110
Endereço: AV av Professor Manoel Martins, 236, Sem compl., Campo Alegre
Telefone: (31) 3764-6000 e-mail: contasareceber@hemolab.com.br 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: 316661 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
	EXAMES LABORATORIAIS	2.390,6000	1,00	2.390,6000	2.390,60 x 3,00	71,72

Descrição do serviço
Análises clínicas, patologia, eletricidade médica, radioterapia, quimioterapia, ultra-sonografia, ressonância magnética, radiologia, tomografia e exames.

8640-2/02 - Laboratórios clínicos

Retenções Federais

PIS/PASEP:	COFINS:	INSS:	IR:	CSLL:	Outras retenções:
R$ 15,54	R$ 71,72	R$ 0,00	R$ 35,86	R$ 23,91	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	2.390,60	71,72

Valor bruto = R$ 2.390,60 **Valor líquido = R$ 2.243,58**

Outras Informações

Esta NFS-e foi emitida com respaldo nas leis 20/2009 e 101/2017.
Situação desta NFS-e: Normal

Valor aproximado do tributo federal - R$ 321,54 (13,45%), estadual - R$ 0,00 (0,00%), municipal - R$ 62,63 (2,62%) , com base na Lei 12.741/2012 e no Decreto 8.264/2014 - IBPT

RECEBEMOS DE J C R PELEGRINI OS PRODUTOS / SERVIÇOS CONSTANTES DA NOTA FISCAL INDICADO AO LADO EMISSÃO: 11/08/2023 - DEST. / REM.: ASSOCIACAO PROTETORES DOS ANIMAIS DE RUA DE CONGONHAS - VALOR TOTAL: R$ 1.908,06		NF-e 004543 Nº 000013967 SÉRIE 001
DATA DE RECEBIMENTO	IDENTIFICAÇÃO E ASSINATURA DO RECEBEDOR	

IDENTIFICAÇAO DO EMITENTE	DANFE	
J C R PELEGRINI RUA ITALIA, 380 - SINIBALDI - CEP:15084-050 - SAO JOSE DO RIO PRETO - SP TEL: (17)3305-5218 http://megaonline.com.br/	**DOCUMENTO AUXILIAR DA NOTA FISCAL ELETRÔNICA** 0 - ENTRADA 1 - SAÍDA **1** **Nº 000013967** fl. 1 /1 SÉRIE 001	CHAVE DE ACESSO 3523 0820 2737 6600 0157 5500 1000 0139 6710 0094 5029 Consulta de autenticidade no portal nacional da NF-e www.nfe.fazenda.gov.br/portal ou no site da Sefaz Autorizadora

NATUREZA DE OPERAÇÃO	PROTOCOLO DE AUTORIZAÇÃO DE USO
VENDA FORA ESTADO PF E PJ NAO CONTRIBUINTE DO ICMS	135231313884009 11/08/2023 14:45:55

INSCRIÇÃO ESTADUAL	INSCRIÇÃO ESTADUAL DO SUBST. TRIB.	CNPJ / CPF
647867896112		20.273.766/0001-57

DESTINATÁRIO / REMETENTE

NOME / RAZÃO SOCIAL			CNPJ / CPF	DATA DA EMISSÃO
ASSOCIACAO PROTETORES DOS ANIMAIS DE RUA DE CONGONHAS			07.766.906/0001-60	11/08/2023
ENDEREÇO	**BAIRRO / DISTRITO**		**CEP**	**DATA SAÍDA / ENTRADA**
RUA DELFINA SANTOS CORREA, 173	CRISTO REI		36414-438	11/08/2023
MUNICÍPIO	**FONE / FAX**	**UF**	**INSCRIÇÃO ESTADUAL**	**HORA DA SAÍDA**
CONGONHAS	(31)9442-6931	MG		14:44:11

FATURA

	NÚMERO	VALOR ORIGINAL	VALOR DESCONTO	VALOR LÍQUIDO
DADOS DA FATURA	013967	1.908,06	0,00	1.908,06

DUPLICATAS

Nº DUPLICATA	VENC.	VALOR	Nº DUPLICATA	VENC.	VALOR	Nº DUPLICATA	VENC.	VALOR	Nº DUPLICATA	VENC.	VALOR
001	11/08/2023	1.908,06									

CÁLCULO DO IMPOSTO

BASE DE CÁLCULO DO ICMS	VALOR DO ICMS	BASE CÁLC. ICMS SUBST.	VALOR DO ICMS SUBST.	VALOR TOTAL DOS PRODUTOS
1.908,05	76,31	0,00	0,00	1.825,14

VALOR DO FRETE	VALOR DO SEGURO	DESCONTO	OUTRAS DESP. ACESS.	VALOR DO IPI	VALOR TOTAL DA NOTA
82,92	0,00	0,00	0,00	0,00	1.908,06

TRANSPORTADOR / VOLUMES TRANSPORTADOS

RAZÃO SOCIAL	FRETE POR CONTA	CÓDIGO ANTT	PLACA DO VEÍCULO	UF	CNPJ / CPF
FRENET JADLOG.PACKAGE	0 - REMETENTE				04.884.082/0001-35

ENDEREÇO	MUNICÍPIO	UF	INSCRIÇÃO ESTADUAL

QUANTIDADE	ESPÉCIE	MARCA	NUMERAÇÃO	PESO BRUTO	PESO LÍQUIDO
1	VOLUME				

DADOS DO PRODUTO / SERVIÇOS

CÓD. PROD. / SERV.	DESCRIÇÃO DO PRODUTO / SERVIÇO	NCM / SH	CST	CFOP	UNID.	QUANT.	VALOR UNITÁRIO	VALOR DESCONTO	VALOR LÍQUIDO	BASE CÁLC. ICMS	VALOR I.C.M.S.	VALOR I.P.I.	ALÍQUOTAS ICMS	ALÍQUOTAS IPI
0002019	FIO POLIGLECAPRONE PGCL 25 N. 2-0 AG 1/2 C 2.6 / 70 CM - BIOLINE	30061090	200	6108	UN	24,0000	11,75	0,00	282,00	294,81	11,79	0,00	4,00	0,00
0003702	FIO POLIGLECAPRONE PGCL 25 N. 3-0 AG 3/8 C 2.4 / 70 CM - BIOLINE	30061090	200	6108	UN	2,0000	10,95	0,00	21,90	22,89	0,92	0,00	4,00	0,00
0003236	FIO POLIGLECAPRONE PGCL 25 N. 3-0 AG 3/8 C 3.1 / 70 CM - BIOLINE	30061090	200	6108	UN	22,0000	10,95	0,00	240,90	251,84	10,08	0,00	4,00	0,00
0000207	MELOXINEW 2 MG BLISTER C/ 10 COMP - VETNIL	30049079	200	6108	UN	20,0000	36,71	0,00	734,20	767,56	30,70	0,00	4,00	0,00
0000584	MERCEPTON INJ. 100 ML - BRAVET	30045090	200	6108	UN KG	2,0000 0,2000	34,16 341,60	0,00	68,32	71,42	2,85	0,00	4,00	0,00
0003063	MIDAZOLAN (DORMIRE) 5 MG/ML CX C/ 10 AMP X 10 ML - CRISTALIA	30049069	200	6108	CX	2,0000	165,25	0,00	330,50	345,52	13,82	0,00	4,00	0,00
0000365	ORGANOVIT 500 ML	30045090	200	6108	UN KG	2,0000 1,0000	45,23 90,46	0,00	90,46	94,57	3,78	0,00	4,00	0,00
0000356	OTOVET 20 ML - BIOFARM	30049043	200	6108	FR	2,0000	28,43	0,00	56,86	59,44	2,37	0,00	4,00	0,00

DADOS ADICIONAIS

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES	RESERVADO AO FISCO
Tributo aproximado R$308,37 (16,90%) Federal, R$219,02 (12,00%) Estadual, R$0,00 (0,00%) Municipal - Fonte: IBPT B357E1 Cod. Cliente: 09322. Vendedor: 00026-NILTON JR. Vlr. ICMS Destino: 267,13 Vlr. ICMS Remetente: 0,00 Vlr. ICMS FCP: 0,00	

REALPHARMA DISTRIBUIDORA DE MEDICAMENTOS LTDA

REALPHARMA DISTRIBUIDORA

ARISTIDES FRANCISCO PINTO, 800
Bairro: SANTA MATILDE
CONS. LAFAIETE - MG - 36405-172
Fone: (31)3762-0774 Fax: (31)3762-0444
realpharma@gmail.com

Alv. Sanit.: Venc.: 23/05/2024 Aut. Esp.: 1.10.146-1
Lic. Func.: Venc.: 07/12/2023

DANFE

DOCUMENTO AUXILIAR DA NOTA FISCAL ELETRÔNICA

0-ENTRADA
1-SAÍDA [1]

Nº 000.060.748
SÉRIE:1
FOLHA:1 / 1

CHAVE DE ACESSO
3123 0805 5619 7300 0113 5500 1000 0607 4812 6583 2271

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

004544

NATUREZA DA OPERAÇÃO	PROTOCOLO DE AUTORIZAÇÃO
VENDA DE MERC. ADQUIRIDA OU REC.	131235520891366 - 10/08/2023 08:33:56

INSCRIÇÃO ESTADUAL	INSCRIÇÃO ESTADUAL DO SUBST. TRIBUT.	CNPJ / CPF
1832375460068		05.561.973/0001-13

DESTINATÁRIO/REMETENTE

NOME / RAZÃO SOCIAL	CÓDIGO	CNPJ/CPF	DATA DA EMISSÃO
ASSOCIACAO PROTETORES DOS ANIMAIS DE RUA DE CONGONHAS	003132	07.766.906/0001-60	10/08/2023 08:32

ENDEREÇO	BAIRRO/DISTRITO	CEP	DATA DA ENTRADA/SAÍDA
R DELFINA SANTOS CORREA, 173	CRISTO REI	36.414-438	10/08/2023 08:32:58

MUNICÍPIO	FONE/FAX	UF	INSCRIÇÃO ESTADUAL	HORA SAÍDA
CONGONHAS	(31) 94426931	MG		08:32

FATURA	FATURA 1	FATURA 2	FATURA 3	FATURA 4	FATURA 5	FATURA 6	FATURA 7	FATURA 8	FATURA 9	FATURA 10	FATURA 11	FATURA 12	FATURA 13	FATURA 14	FATURA 15
NÚMERO:	060748-1/1														
VENCIMENTO:	12/08/2023														
VALOR:	2.012,38														

CÁLCULO DO IMPOSTO

BASE DE CÁLCULO	VALOR DO ICMS	BASE DE CÁLCULO ICMS ST	VALOR DO ICMS SUBSTITUIÇÃO	VALOR TOTAL DOS PRODUTOS
749,62	134,93	0,00	0,00	2.012,38

VALOR DO FRETE	VALOR DO SEGURO	DESCONTO	OUTRAS DESPESAS ACESSÓRIAS	VALOR TOTAL DO IPI	VALOR TOTAL DA NOTA
0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	2.012,38

TRANSPORTADOR/VOLUMES TRANSPORTADOS

NOME/RAZÃO SOCIAL	FRETE POR CONTA	CÓDIGO ANTT	PLACA DO VEÍCULO	UF	CNPJ/CPF
TRANSPORTE PRÓPRIO	0 - Remetente (CIF)				

ENDEREÇO	MUNICÍPIO	UF	INSCRIÇÃO ESTADUAL

QUANTIDADE	ESPÉCIE	MARCA	NÚMERO	PESO BRUTO	PESO LIQUIDO
3					

DADOS DOS PRODUTOS/SERVIÇOS

CÓDIGO PRODUTO	DESCRIÇÃO DOS PRODUTOS/SERVIÇOS	PMC	NCM/SH	CST.	CFOP	UN	QUANT.	VALOR UNIT.	VLR TOTAL BRUTO	VALOR DESC.	BC ICMS	VALOR ICMS	VALOR ST	ALIQ ICMS	ALIQ IPI
008680	AGUA OXIGENADA 10 VOLUMES HOSPITALAR 1L - VIC PHARMA LT: M32220 Val: 07/08/2024 Qtd: 3	0	30039099	060	5405	LT	3,00	7,420000	22,26		0,00	0,00		0	,00
007509	+NYLON 0 45CM - C/AGULHA 3/8 30MM - CX C/24 - TECHNOFIO LT: 18230449 Val: 30/04/2028 Qtd: 10	0	30061090	000	5102	CX	10,00	42,910000	429,10		429,10	77,24		18	,00
012418	+GARROTE COM TRAVA ADULTO - AZUL - PREMIUM LT: 202202 Val: 11/07/2032 Qtd: 3	0	63079090	000	5102	UN	3,00	8,700000	26,10		26,10	4,70		18	,00
012300	*ISOFLURANO 1MG/ML - FR 240ML - ISOFORINE - CRISTÁLIA - C1 LT: 23020367 Val: 01/02/2025 Qtd: 2	0	30049099	060	5405	VD	2,00	480,000000	960,00		0,00	0,00		0	,00
012844	+LAMINA P/ BISTURI ESTERIL N.20 - CX C/100 - DESCARPACK LT: SCLKAA002E Val: 31/10/2025 Qtd: 2	0	90189029	000	5102	CX	2,00	44,030000	88,06		88,06	15,85		18	,00
007238	+PAPEL GRAU CIRURGICO P/ AUTOCLAVE 300MM X 100M - ESTERILCARE LT: 5377 Val: 30/06/2025 Qtd: 1	0	48115129	000	5102	RL	1,00	206,360000	206,36		206,36	37,14		18	,00
009388	$RIFAMICINA SPRAY 10MG/ML - FR 20ML - RIFOTRAT - NATULAB LT: 0018720 Val: 31/01/2025 Qtd: 30	0	30042031	060	5405	FR	30,00	5,350000	160,50		0,00	0,00		0	,00
007170	+SERINGA 3ML COM AGULHA 25 X 7 CX/500 - SLIP - SR LT: 1605B4 Val: 24/04/2028 Qtd: 500	0	90183119	060	5405	UN	500,00	0,240000	120,00		0,00	0,00		0	,00

DADOS ADICIONAIS

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES	RESERVADO AO FISCO
Valor aproximado dos tributos; Aliquota Federal 13,45% e Aliquota Estadual 18%, e o código A5G7R1. Conforme Fonte IBPT. Número(s) do(s) Pedido(s): 075189 Trib. Aprox. R$:591,18 Federal e R$:0,00 Estadual Fonte: IBPT . Alvará do cliente: 000 Validade: 23/12/2023	

DROGARIA PHARMA WELLB LTDA

CNPJ: 17311946000252 IE.:0020720470102
RUA MONTEIRO DE CASTRO, 43, CENTRO - CONGONHAS
MG - 3137312388
Número:000050326 Série: 001

DANFE NFC-e - Documento Auxiliar
da Nota Fiscal de Consumidor Eletrônica
Não permite aproveitamento de crédito de ICMS
EMISSÃO NORMAL

CHAVE DE ACESSO

3123 0817 3119 4600 0252 6500 1000 0503 2610 5032 6115
Protocolo de Autorização: 131230217318052

* Descr.: Cod	Qtde	UN	R$ Unit	R$ Total
1 TOBRADEX COLIRIO 5ML (RECEITA)				
0205792	4	UN	42.95	171.80
Desconto (18.98%)		R$ 32.60	Liq.:	139.20
2 TOBRAMICINA 3MG/ML COLIRIO 5ML (ANTIB)				
A004857	10	UN	21.36	213.60
Desconto (32.82%)		R$ 70.10	Liq.:	143.50
3 AMOXICILINA+CLAV 500MG+125MG C/12 (RECEITA				
0216416	9	UN	95.97	863.73
Desconto (39.36%)		R$ 339.93	Liq.:	523.80

Qtd. Total de itens	23
Valor Total Bruto	1249.13
Valor Descontos Sobre Itens	442.63
Valor Liquido	806.50

Forma Pagto:

PIX	806.50
Desconto em crédito	0.00

CONSUMIDOR

ASSOCIACAO PROTETORES DOS ANIMAIS DE RUA DE CO
ONHAS

Total de impostos pagos : R$ 0.00
PV : 3281 Atende : ANGELICA
Maquina : 2 CHVCLI00009A08575CHVCLI
Empresa: CARTAO FIDELIDADE
Cliente: ASSOCIACAO PROTETORES DOS ANIMAIS DE
CNPJ/CPF: 07766906000160
RUA DA SAUDADE , 22

Voce economizou em descontos R$ 442.63
PROCOM R BENEDITO QUINTINO, 191 CENTRO
CONGONHAS MG - 36415000
aparc Pagamento com PIX delfina sanos correi.
173, cristo rei

Data de emissão: 11/08/2023 14:34:06

Consulte pela chave de acesso em
https://portalsped.fazenda.mg.gov.br/portalnfce/sistema/qrc xhtml?

004546

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

Nº: 35154
Data de Emissão: 11/08/2023

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

Cód	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

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

Prefeitura Municipal
DE
Congonhas

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

004547

RECIBO 07

Eu, Karine Goulart Maia, portadora do CPF 080.595.427-96, declaro que recebi da Associação Protetores dos Animais de Rua de Congonhas – PARC o valor de R$400,00 (quatrocentos reais) no dia 14/08/2023, como adiantamento de salário referente aos serviços prestados por mim no canil/gatil.

Declaro ainda que não foi emitida nota fiscal.

Congonhas, 14 de agosto de 2023

Karine Goulart Maia

Karine Goulart Maia

DANFE

Documento Auxiliar da Nota Fiscal Eletrônica

0 - ENTRADA
1 - SAÍDA [1]

Nº 000.185.222
SÉRIE 1
FOLHA 1 / 1

CONTROLE DO FISCO 004548

ADIMAX INDUSTRIA E COMERCIO DE ALIMENTOS LTDA
AV JOSE CARLOS COSTA, 300
LIBERDADE - CEP.: 33822722 - Fone: (31)3333-5204
RIBEIRAO DAS NEVES, MG - BRASIL

CHAVE DE ACESSO
3123 0803 8873 2400 1072 5500 1000 1852 2212 8857 7428

NATUREZA DA OPERAÇÃO	CONSULTA DA AUTENTICIDADE NO PORTAL DA NF-e
VENDAS	www.nfe.fazenda.gov.br/portal ou no site da Sefaz Autorizadora

INSCRIÇÃO ESTADUAL	INSC. EST. SUBST. TRIBUTÁRIO	CNPJ	PROTOCOLO DE AUTORIZAÇÃO DE USO
0010324430299		**03,887,324/0010-72**	**131.235.536.307.632 21/08/2023 11:16:53**

DESTINATÁRIO / REMETENTE

NOME/RAZÃO SOCIAL	CNPJ/CPF	DATA DE EMISSÃO
ASSOC PROT DOS ANIM DE R D CONGONHAS	**07.766.906/0001-60**	**21/08/2023**

ENDEREÇO	BAIRRO/DISTRITO	CEP	DATA DE SAÍDA
RUA DA SAUDADE, 22	**CENTRO**	**36410080**	**21/08/2023**

MUNINCÍPIO	FONE/FAX	UF	INSCRIÇÃO ESTADUAL	HORA DE SAÍDA
CONGONHAS	**31980138338**	**MG**		**16:00:00**

FATURA

CÁLCULO DO IMPOSTO

BASE DE CÁLCULO DO ICMS	VALOR DO ICMS	BASE DE CÁLCULO ICMS ST	VALOR DO ICMS SUBSTITUIÇÃO	VALOR TOTAL DOS PRODUTOS
7.112,76	**1.280,29**	**0,00**	**0,00**	**7.112,76**

VALOR DO FRETE	VALOR DO SEGURO	DESCONTO	OUTRAS DESPESAS	VALOR IPI	VALOR TOTAL DA NOTA
0,00	**0,00**	**0,00**	**0,00**	**0,00**	**7.112,76**

TRANSPORTADOR / VOLUMES TRANSPORTADOS

RAZÃO SOCIAL	FRETE POR CONTA (0 - EMITENTE, 1 - DESTINATARIO, 2 - TERCEIRO) [0]	CÓDIGO ANTT	PLACA DO VEÍCULO	UF	CNPJ/CPF
TRANS ADIMAX TRANSPORTE RODOVIARIO DE CARGAS			**EJW8406**	**MG**	**13.689.432/0001-01**

ENDEREÇO	MUNICÍPIO	UF	INSCRIÇÃO ESTADUAL
R JOSE LEME DOS SANTOS 240 DISTRITO INDUSTRIAL	**SALTO DE PIRAPORA**	**SP**	**602016530116**

QUANTIDADE	ESPÉCIE	MARCA	NUMERAÇÃO	PESO BRUTO	PESO LÍQUIDO
73	**UNIDADE**	**ADIMAX**		**1.468,910**	**1.460,000**

CÓDIGO PRODUTO	DESCRIÇÃO DO PRODUTO/SERVIÇO	NCM	CST	CFOP	UND	QNT	VALOR UNITÁRIO	VALOR TOTAL	B. CÁLC ICMS	VALOR ICMS	VALOR IPI	ALÍQUOTA (%) ICMS	ALÍQUOTA (%) IPI
10230990100634	CAPITAO DOG SABOR CARNE 20KG	23099010	000	5102	UN	63.000	89,22	5.620,86	5.620,86	1.011,75		18,00	
10230990101059	MAGNUS T D FILH CARNE 20KG	23099010	000	5102	UN	10.000	149,19	1.491,90	1.491,90	268,54		18,00	

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

Operacao com consumidor final - Nao se aplica a Substituicao Tributaria. ICMS de Frete Isento conforme item 122, Parte I - Anexo X. Operacao com consumidor final - Nao se aplica a Substituicao Tributaria ICMS de Frete Isento conforme item 122, Parte I - Anexo X - RICMS/MG..
Pagamento antecipado com Boleto.

RESERVADO AO FISCO

NF-e emitida por Memphis Sistema de Gestão - www.pactoebytes.com.br

004549

ADMINISTRADOR - 17/08/2023 10:02:43

Recibo do Sacado

Bradesco | 237-2 | **23793.37203 90000.684036 58001.066800 8 94460000711276**

Beneficiário		Agência / Código do Beneficiá	Espécie	Quantidade	Carteira / Nosso Número
ADIMAX INDUSTRIA E COMERCIO DE ALIMENTOS LTDA		3372-3/0010668-2	R$		09 / 09/00006840358-0
Número do documento	CPF/CNPJ	Vencimento			Valor documento
10558764/1	03.887.324/0001-81	18/08/2023			R$ 7.112,76
(-) Desconto / Abatimentos	(-) Outras deduções	(+) Mora / Multa	(+) Outros acréscimos		(=) Valor cobrado

Pagador
ASSOC PROT DOS ANIM DE R D CONGONHAS CNPJ: 07.766.906/0001-60
RUA DA SAUDADE, 22 - CENTRO - CONGONHAS MG
CENTRO - CONGONHAS/MG - CEP: 36410-080

Instruções — Autenticação mecânica

NÃO RECEBER APÓS O VENCIMENTO
ATÉ 18/08/2023 DESCONTO DE R$1141,51, se feriado para usufruir do desconto pagar boleto no dia útil anterior.

Corte na linha pontilhada

Bradesco | 237-2 | **23793.37203 90000.684036 58001.066800 8 94460000711276**

Local de pagamento
PAGÁVEL PREFERENCIALMENTE NAS AGÊNCIAS DO BRADESCO

Vencimento: **18/08/2023**

Beneficiário
ADIMAX INDUSTRIA E COMERCIO DE ALIMENTOS LTDA

Agência / Código beneficiário: **3372-3/0010668-2**

Data do documento	No documento	Espécie doc.	Aceite	Data processamento
17/08/2023	10558764/1	DM	N	17/08/2023

Carteira / Nosso Número: **09 / 09/00006840358-0**

Uso do banco	Carteira	Espécie	Quantidade	(x) Valor
	09	R$		

(=) Valor documento: **R$ 7.112,76**

Instruções (Todas as informações deste bloqueto são de exclusiva responsabilidade do cedente)

NÃO RECEBER APÓS O VENCIMENTO
ATÉ 18/08/2023 DESCONTO DE R$1141,51, se feriado para usufruir do desconto pagar boleto no dia útil anterior.

(-) Desconto / Abatimentos

(-) Outras deduções

(+) Mora / Multa

(+) Outros Acréscimos

(=) Valor cobrado

Pagador
ASSOC PROT DOS ANIM DE R D CONGONHAS CNPJ: 07.766.906/0001-60
RUA DA SAUDADE, 22 - CENTRO - CONGONHAS MG
CENTRO - CONGONHAS/MG - CEP: 36410-080

Cód. Baixa

Pagador / Avalista: **ADIMAX INDUSTRIA E COMERCIO DE ALIMENTOS LTDA - 03.887.324/0001-81**

Autenticação mecânica - **Ficha de Compensação**

Corte na linha pontilhada

004550

Recebemos de REDE RETA LTDA os produtos e/ou serviços constantes da Nota Fiscal Eletrônica indicada ao lado.
Emissão: 02/08/2023 Dest/Reme: ASSOCIACAO PROTETORES DOS ANIMAIS DE RUA DE CONGON Valor Total: 975,21

DATA DO RECEBIMENTO	IDENTIFICAÇÃO E ASSINATURA DO RECEBEDOR

NF-e
Nº 000.035.745
Série 002

REDE RETA LTDA

Av. Julia Kubitscheck, 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 000.035.745
SÉRIE 002
FOLHA 1/1

CHAVE DE ACESSO
3123 0803 1564 5400 0144 5500 2000 0357 4519 3793 0398

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	131235508063906

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	02/08/2023
ENDEREÇO	**BAIRRO / DISTRITO**		**CEP**	**DATA DA SAÍDA**
RUA DA SAUDADE, 022	CENTRO		36410-080	02/08/2023
MUNICÍPIO	**UF**	**TELEFONE / FAX**	**INSCRIÇÃO ESTADUAL**	**HORA DA SAÍDA**
[redacted]ONHAS	MG	99442-6931		09:04:10

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	344,25 (35,30 %)	975,21

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	975,21

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 CÁLC. ICMS	VALOR ICMS	VALOR IPI	ALIQ % ICMS	ALIQ % IPI
1007	GASOLINA COMUM	27101259	060	5929	LT	139,3686	5,29	0,00	737,26	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
1007	GASOLINA COMUM	27101259	060	5929	LT	42,7199	5,57	0,00	237,95	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00

DADOS ADICIONAIS

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES	RESERVADO AO FISCO
Trib. Aprox.: R$: 123,85 (Fed), R$ 220,40 (Est), R$ 0,00 (Mun) - Fonte: IBPT/empre - C07872 NFC-e: 313177, 427899, 434106, 437108.	

c)1995-2023 xpert v3.5 - xpert.com.br

DATA E HORA DA IMPRESSÃO: 02/08/2023 09:04:14

004551

ADMINISTRADORA SANTO ANTÔNIO LTDA

ASA Imóveis

ADMINISTRADORA SANTO ANTÔNIO LTDA

RECIBO DE ALUGUEL

094232

Rua Benedito Quintino, 282 - Centro - Congonhas - MG
CEP 36.415-000 / Telefax: (31) 3731-1136
E-mail: contato@admsantoantonio.com.br

CNPJ. 20073045/0001-01 CRECI / MG - 1267 4ª região

DISCRIMINAÇÃO	TOTAL
ALUGUEL: Pago por boleto dia 29/08/23	970,00
CONDOMÍNIO:	
IMPOSTOS/TAXAS: Taxa emissão boleto	2,90
OUTROS:	
ADMINISTRAÇÃO (-):	
TOTAL:	972,90

Gráfica Ponto de Referência - 99854-0503

Recebemos do(a) Sr(a): Associação Protetores dos Animais de Rua de Congonhas

A importância de R$ 972,90 (Novecentos e setenta e dois reais e noventa centavos.)

conforme discriminação acima, referente ao aluguel do imóvel à rua: Del Finca Santos Correa, nº 173

Vencido em: 29/08/2023 Congonhas, 11 de 08 de 23

Paula

Estado de Minas Gerais

PREFEITURA MUNICIPAL DE CONGONHAS

Departamento de Tributos Municipais D.T.M.

Nº: 35249

Data de Emissão: 31/08/2023

004552

NOTAS FISCAL DE SERVIÇO - AVULSA

Prestador do Serviço - CONTRIBUINTE

Nome / Razão Social: 59457 GEZEBEL CONCEICAO SOUZA SILVA

Endereço: FRANCISCO MATEUS DE OLIVEIRA, 101 - PRAIA

Município: Congonhas **Estado:** MG **CPF/ CNPJ :** 128.092.026-21

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$
	1,0000	522 PRESTAÇÃO DE SERVIÇO GERAIS RETENÇÃO DE INSS RETIDO CONFORME LEGISLAÇÃO VIGENTE.	4,00	750,00	0,00	750,00

Prefeitura Municipal DE Congonhas MINAS GERAIS

ISSQN --->	30,00	**INSS --->**	0,00	**IRRF --->**	0,00	**Vlr. Redução R$ -->**	0,00	**Vlr. do Serviço R$ -->**	750,00		
SEST/SENAT --->	0,00	**CSLL --->**	0,00	**Cofins --->**	0,00	**Pis/Pasep --->**	0,00				

Valor Líquido --> 720,00

DIVISÃO DE ARRECADAÇÃO
INFORMO QUE A N.F. ESTÁ DE ACORDO COM O SOLICITADO.
DECLARO QUE O SERVIÇO JÁ FOI EXECUTADO.

REQUERENTE:GEZEBEL CONCEICAO SOUZA SILVA

Valor aproximado do tributo Federal - R$ 100,88 - (13,45%), Estadual - R$ 0,00 - (0,00%) e Municipal - R$ 22,13 - (2,95%), com base na Lei 12.741/2012 e no Decreto 8.264/2014 - Fonte: IBPT

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

Estado de Minas Gerais

PREFEITURA MUNICIPAL DE CONGONHAS

Departamento de Tributos Municipais D.T.M.

Nº: 35250

Data de Emissão: 31/08/2023

004553

NOTAS FISCAL DE SERVIÇO - AVULSA

Prestador do Serviço - CONTRIBUINTE

Nome / Razão Social: 58853 KARINE GOULART MAIA

Endereço: FRANCISCO ANTONIO DE ASSIS, 31 - JOAQUIM MURTINHO

Município: Congonhas **Estado:** MG **CPF/ CNPJ :** 080.595.427-96

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$
[redacted]	1,0000	522 PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS GERAIS RETENÇÃO DE INSS RETIDO CONFORME LEGISLAÇÃO VIGENTE.	4,00	2.050,00	0,00	2.050,00

Prefeitura Municipal — DE — Congonhas — ESTADO DE MINAS

ISSQN --->	82,00	**INSS --->**	0,00	**IRRF --->**	0,00	**Vlr. Redução R$ -->**	0,00	**Vlr. do Serviço R$ -->**	2.050,00
SEST/SENAT --->	0,00	**CSLL --->**	0,00	**Cofins --->**	0,00	**Pis/Pasep --->**	0,00		

Valor Líquido --> 1.968,00

DIVISÃO DE ARRECADAÇÃO
INFORMO QUE A N.F. ESTÁ DE ACORDO COM O SOLICITADO.
DECLARO QUE O SERVIÇO JÁ FOI EXECUTADO.

REQUERENTE:KARINE GOULART MAIA

Valor aproximado do tributo Federal - R$ 275,73 - (13,45%), Estadual - R$ 0,00 - (0,00%) e Municipal - R$ 60,48 - (2,95%), com base na Lei 12.741/2012 e no Decreto 8.264/2014 - Fonte: IBPT

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

Estado de Minas Gerais

PREFEITURA MUNICIPAL DE CONGONHAS

Departamento de Tributos Municipais D.T.M.

Nº: 35253

Data de Emissão: 31/08/2023

004554

NOTAS FISCAL DE SERVIÇO - AVULSA

Prestador do Serviço - CONTRIBUINTE

Nome / Razão Social: 59151 LUCIMAR APARECIDA ANDRADE DA CRUZ

Endereço: GRANITO, 105 - VILA RICA

Município: Congonhas **Estado:** MG **CPF/ CNPJ :** 037.262.706-47

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$
	1,0000	522 PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS GERAIS RETENÇÃO DE INSS RETIDO CONFORME LEGISLAÇÃO VIGENTE.	4,00	1.350,00	0,00	1.350,00

Prefeitura Municipal — DE — Congonhas — MG DE MINAS

ISSQN --->	54,00	**INSS --->**	0,00	**IRRF --->**	0,00	**Vlr. Redução R$ -->**	0,00	**Vlr. do Serviço R$ -->**	1.350,00
SEST/SENAT --->	0,00	**CSLL --->**	0,00	**Cofins --->**	0,00	**Pis/Pasep --->**	0,00		

Valor Líquido --> 1.296,00

DIVISÃO DE ARRECADAÇÃO
INFORMO QUE A N.F. ESTÁ DE ACORDO COM O SOLICITADO.
DECLARO QUE O SERVIÇO JÁ FOI EXECUTADO.

REQUERENTE:LUCIMAR APARECIDA ANDRADE DA CRUZ

Valor aproximado do tributo Federal - R$ 181,58 - (13,45%), Estadual - R$ 0,00 - (0,00%) e Municipal - R$ 39,83 - (2,95%), com base na Lei 12.741/2012 e no Decreto 8.264/2014 - Fonte: IBPT

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

Estado de Minas Gerais

PREFEITURA MUNICIPAL DE CONGONHAS

Departamento de Tributos Municipais D.T.M.

Nº: 35254

Data de Emissão: 31/08/2023

004555

NOTAS 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$
	1,0000	1196 PRESTACAO DE SERVICOS COMO AUXILIAR VETERINARIO RETENCAO DE INSS CONFORME A LEGISLACAO VIGENTE	2,00	1.697,60	0,00	1.697,60

Prefeitura Municipal — DE — Congonhas ESTADO DE MINAS

ISSQN --->	33,95	**INSS --->**	0,00	**IRRF --->**	0,00	**Vlr. Redução R$ -->**	0,00	**Vlr. do Serviço R$ -->**	1.697,60		
SEST/SENAT --->	0,00	**CSLL --->**	0,00	**Cofins --->**	0,00	**Pis/Pasep --->**	0,00				

Valor Líquido --> 1.663,65

DIVISÃO DE ARRECADAÇÃO
INFORMO QUE A N.F. ESTÁ DE ACORDO COM O SOLICITADO.
DECLARO QUE O SERVIÇO JÁ FOI EXECUTADO.

REQUERENTE:PEDRO HENRIQUE VASCONCELOS SILVA

Valor aproximado do tributo Federal - R$ 228,33 - (13,45%), Estadual - R$ 0,00 - (0,00%) e Municipal - R$ 49,06 - (2,89%), com base na Lei 12.741/2012 e no Decreto 8.264/2014 - Fonte: IBPT

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

Estado de Minas Gerais

PREFEITURA MUNICIPAL DE CONGONHAS

Departamento de Tributos Municipais D.T.M.

Nº: 35251

Data de Emissão: 31/08/2023

004556

NOTAS 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$
[redacted]	1,0000	1196 PRESTACAO DE SERVICOS COMO AUXILIAR VETERINARIO RETENCAO DE INSS E IMPOSTO DE RENDA CONFORME A LEGISLACAO VIGENTE	2,00	1.500,00	0,00	1.500,00

Prefeitura Municipal — MG — Congonhas

ISSQN --->	30,00	**INSS --->**	0,00	**IRRF --->**	0,00	**Vlr. Redução R$ -->**	0,00	**Vlr. do Serviço R$ -->**	1.500,00
SEST/SENAT --->	0,00	**CSLL --->**	0,00	**Cofins --->**	0,00	**Pis/Pasep --->**	0,00		

Valor Líquido --> 1.470,00

DIVISÃO DE ARRECADAÇÃO
INFORMO QUE A N.F. ESTÁ DE ACORDO COM O SOLICITADO.
DECLARO QUE O SERVIÇO JÁ FOI EXECUTADO.

REQUERENTE:SABRINA BARRETO DEMARCHI MOREIRA

Valor aproximado do tributo Federal - R$ 201,75 - (13,45%), Estadual - R$ 0,00 - (0,00%) e Municipal - R$ 43,35 - (2,89%), com base na Lei 12.741/2012 e no Decreto 8.264/2014 - Fonte: IBPT

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

Estado de Minas Gerais

PREFEITURA MUNICIPAL DE CONGONHAS

Departamento de Tributos Municipais D.T.M.

Nº: 35252

Data de Emissão: 31/08/2023

004557

NOTAS 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$
	1,0000	541 SERVIÇO PRESTADO COMO RECEPCIONISTA RETENÇÃO DE INSS CONFORME LEGISLAÇÃO VIGENTE.	2,00	1.524,80	0,00	1.524,80

Prefeitura Municipal DE Congonhas ESTADO DE MINAS

ISSQN --->	30,50	**INSS --->**	0,00	**IRRF --->**	0,00	**Vlr. Redução R$ -->**	0,00	**Vlr. do Serviço R$ -->**	1.524,80
SEST/SENAT --->	0,00	**CSLL --->**	0,00	**Cofins --->**	0,00	**Pis/Pasep --->**	0,00		

Valor Líquido --> 1.494,30

DIVISÃO DE ARRECADAÇÃO
INFORMO QUE A N.F. ESTÁ DE ACORDO COM O SOLICITADO.
DECLARO QUE O SERVIÇO JÁ FOI EXECUTADO.

REQUERENTE:ANA FLAVIA SILVA BARROS

Valor aproximado do tributo Federal - R$ 205,09 - (13,45%), Estadual - R$ 0,00 - (0,00%) e Municipal - R$ 41,78 - (2,74%), com base na Lei 12.741/2012 e no Decreto 8.264/2014 - Fonte: IBPT

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

Estado de Minas Gerais

PREFEITURA MUNICIPAL DE CONGONHAS

Departamento de Tributos Municipais D.T.M.

Nº: 35255

Data de Emissão: 31/08/2023

004558

NOTAS FISCAL DE SERVIÇO - AVULSA

Prestador do Serviço - CONTRIBUINTE

Nome / Razão Social: 56425 LUCAS ROCHA DIAS

Endereço: MARECHAL FLORIANO PEIXOTO, 431 - CENTRO

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$
[redacted]	1,0000	485 PRESTAÇÃO DE SERVIÇO COMO VETERINARIO RETENÇÃO DE INSS E IR CONFORME A LEGISLAÇÃO VIGENTE	2,00	6.000,00	0,00	6.000,00

ISSQN --->	120,00	**INSS --->**	0,00	**IRRF --->**	0,00	**Vlr. Redução R$ -->**	0,00	**Vlr. do Serviço R$ -->**	6.000,00		
SEST/SENAT --->	0,00	**CSLL --->**	0,00	**Cofins --->**	0,00	**Pis/Pasep --->**	0,00				

Valor Líquido --> 5.880,00

DIVISÃO DE ARRECADAÇÃO
INFORMO QUE A N.F. ESTÁ DE ACORDO COM O SOLICITADO.
DECLARO QUE O SERVIÇO JÁ FOI EXECUTADO.

REQUERENTE:LUCAS ROCHA DIAS

Valor aproximado do tributo Federal - R$ 807,00 - (13,45%), Estadual - R$ 0,00 - (0,00%) e Municipal - R$ 157,20 - (2,62%), com base na Lei 12.741/2012 e no Decreto 8.264/2014 - Fonte: IBPT

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

Estado de Minas Gerais

PREFEITURA MUNICIPAL DE CONGONHAS

Departamento de Tributos Municipais D.T.M.

Nº: 35256

Data de Emissão: 31/08/2023

004559

NOTAS 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$
	1,0000	485 PRESTAÇÃO DE SERVIÇO COMO VETERINARIA. RETENÇÃO DE INSS E IR CONFORME A LEGISLAÇÃO VIGENTE .	2,00	6.000,00	0,00	6.000,00

Prefeitura Municipal — DE — Congonhas — ESTADO DE MINAS

ISSQN --->	120,00	**INSS --->**	0,00	**IRRF --->**	0,00	**Vlr. Redução R$ -->**	0,00	**Vlr. do Serviço R$ -->**	6.000,00
SEST/SENAT --->	0,00	**CSLL --->**	0,00	**Cofins --->**	0,00	**Pis/Pasep --->**	0,00		

Valor Líquido --> 5.880,00

DIVISÃO DE ARRECADAÇÃO
INFORMO QUE A N.F. ESTÁ DE ACORDO COM O SOLICITADO.
DECLARO QUE O SERVIÇO JÁ FOI EXECUTADO.

REQUERENTE:ISABELLA GONCALVES ARRUDA BARBOSA

Valor aproximado do tributo Federal - R$ 807,00 - (13,45%), Estadual - R$ 0,00 - (0,00%) e Municipal - R$ 157,20 - (2,62%), com base na Lei 12.741/2012 e no Decreto 8.264/2014 - Fonte: IBPT

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

004560

Orçamento:

Associaçao dos Protetores Animais de Rua

Amoxicilina +Clavulanato 500/125 C/R$12 58,20

Amoxicilina + Clavulanato 500/125 C/R$14 93,16

Amoxicilina+ Clavulanto 500/125 C/18 R$98,95

Tobradex R$34,80

Tobramicina R$14,35

17.311.946/[illegible]

DROGARIA PHARMA WELLB LTDA

Rua Monteiro De Castro, 43
Centro - CEP: 36.410-042
CONGONHAS - MG

17.311.946/0003-52

DROGARIA PHARMA WELLB LTDA

Rua Monteiro De Castro, 43
Centro - CEP: 36.410-042
CONGONHAS - MG

REDE INOVA DROGARIAS
A MARCA FORTE DA SUA FARMÁCIA

PHARMA INOVA
R. Marechal Floriano Peixoto, 27
Centro - Congonhas/MG
Tel.: (31) 3731-4194

Nome:
CPF:
End.:
Tel.:

Quant.	Discriminação	Valor
	Amoxilina + clavulanato 500/125	
	c/12 -> 79,99	
	c/14 -> 89,90	
	c/21 -> 139,90	
	c/18 -> 99,90	
	TOTAL R$	

Entrada 08/08/23 Entrega / /

Vendedor(a)

Retirado por:

Para retirada do medicamento, é necessário a apresentação deste.

004562

9

Farmácia Congonhas do Campo

Pça. Portugal, 10 - Tel.: (31) 3731 1486
Congonhas - MG
www.congonhasdocampo.com.br

Quant.	Produto	Valor
	amoxicilina + clavulanato 500	136,75
	tobrador colirio	41,86
	tobramicina	14,90
		TOTAL R$

com 18

19691302000181

30/08/23

Farmelhor

* Amoxicilina + clavulanato 500mg
  c/12: R$ 75,00
  c/18: R$ 95,00
* Tobradex: R$ 42,00
* Tobrex: R$ 34,00
* Tobramicina: R$ 18,00
  (Tobrex genérico)

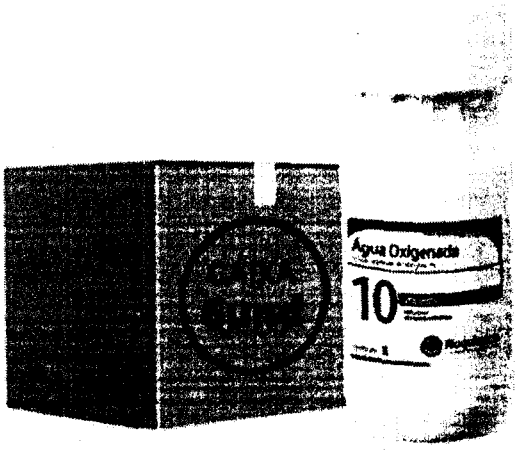
Disney+ STAR+ Assine o nível 6 a partir d

Digite seu endereço Categorias Ofertas do dia Vender Contato Crie a sua conta Entre Con

Você também p Confira o envio para o seu endereço
Inclua seu CEP para verificar os custos e prazos de entrega precisos na busca.
Incluir CEP Mais tarde

igora 7.77 - marsala - igora 877 - pó descolorante wella - keune so pure

Voltar à lista › › Coloração Compartilhar



Conferir mais produtos da marca Farma

Novo | +500 vendidos

Agua Oxigenada Farmax Volumes 1 Litro Kit Com (Unidades

★★★★½ (44)

R$ 49,90

em 12x R$ 4,84

Ver os meios de pagamento

Envio para todo o país

Saiba os prazos de entrega e as formas

Calcular o prazo de entrega

Tom: **Azul**

Estoque disponível

Quantidade: **1 unidade** (143 disp

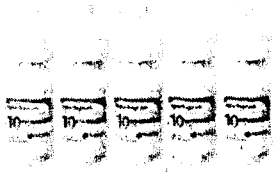
Comprar agora

Adicionar ao carrinho

Mercado Pontos. Você acumula 1

90 dias de garantia de fábrica.

Produtos patrocinados Anuncie aqui



R$ 51,24 16% OFF

12x R$ 4,98

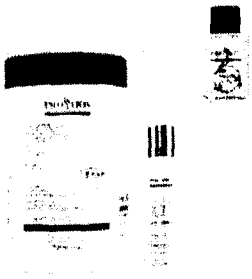
Água Oxigenada 10 Volumes 1 Litro Rioquímica - Kit C/ 5 L



R$ 49,89

3x R$ 16,63 sem juros

Matizador 3d Magic Color - Efeito Prata 300ml#brinde



R$ 44,91 10% OFF

3x R$ 14,97 sem juros

Blond Supreme Blue Po Descolorante Profios Super...

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

Anúncios do vendedor

Seringa Descartavel 03 Ml Agulha 25 X 7 Luer Lock 500 Sr

R$ 148

4x R$ 37 sem juros

Frete grátis

Compressa Gaze Não Estéril 7,5 X 7,5 13 Fios 200g Light

R$ 24,98

12x R$ 2,42

Ver mais anúncios do vendedor

Meios de pagamento

Até 12x sem cartão de crédito

Cartões de crédito

Pague em até 12x!

Cartões de débito

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: 051277
S/Número
Data: 04/08/2023
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: ASSOCIACAO PROTETORES DOS ANIMAIS DE RUA **E-mail:** ccacongonhas@gmail.com
Referência: **End. Entrega:**

Item	Código	Descrição dos Produtos	Marca/Fabricante	NCM	Modelo	Und.	Quant.	Vr. Unitário	Vr. Total	% IPI	Entrega
0001	008680	AGUA OXIGENADA 10 VOLUMES HOSPITALAR 1L Cod Fabricante: 83492	VIC PHARMA	30039099		LT	3,00	7,42	22,26		
0002	007509	+NYLON 0 45CM - C/AGULHA 3/8 30MM - CX C/24	TECHNOFIO	30061090		CX	10,00	42,91	429,10		
0003	012418	+GARROTE COM TRAVA ADULTO - AZUL Cod Fabricante: GARRADUL	PREMIUM	63079090		UND	3,00	8,70	26,10		
0004	012300	*ISOFLURANO 1MG/ML - FR 240ML - ISOFORINE	CRISTÁLIA	30049099		VD	3,00	480,00	1.440,00		
0005	012844	+LAMINA P/ BISTURI ESTERIL N.20 - CX C/100	DESCARPACK	90189029		CX	2,00	44,03	88,06		
0006	009870	*MIDAZOLAM 5MG/ML - CX C/10 AMP 3ML - DORMIRE	CRISTÁLIA	30049069		CX	3,00	50,82	152,46		
0007	007238	+PAPEL GRAU CIRURGICO P/ AUTOCLAVE 300MM X 100M	ESTERILCARE	48115129		RL	1,00	206,36	206,36		
0008	009388	SRIFAMICINA SPRAY 10MG/ML - FR 20ML - RIFOTRAT	NATULAB	30042031		FR	30,00	5,35	160,50		
0009	007170	+SERINGA 3ML COM AGULHA 25 X 7 CX/500 - SLIP	SR	90183119		UND	500,00	0,24	120,00		
0010	012956	SAMOXICILINA+CLAVULANATO 500+125MG C/12 - GENÉRICO	EMS	30041012		CX	1,00	66,08	66,08		

Total Produtos: 2.710,92

004565

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: 051277
S/Número
Data: 04/08/2023
Página: 002

Frete(CIF):	**0,00**
FCP ST:	**0,00**
Outras Desp:	**0,00**
Total Geral:	**2.710,92**

Condição de Pagamento: A VISTA

ANIELLE BRANDÃO
31 3762-0444
vendas1realpharma@gmail.com

004566

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

Boa tarde, segue solicitação de cotação,

Água Oxigenada 10 Volumes - Rioquímica - 100 ML
Por: R$ 3,55
Garrote - Premium
Por R$ 11,60
Lamina para Bisturi em aço Carbono - Advantive - 20
Por: R$ 0,47
Midazolam 5mg/mL C/5 Ampolas de 3mL (Dormonid) - Teuto (Controlado)
Por R$ 37,63
Bobina de Papel Grau Cirúrgico - Clean-Up - 300mm x 100mt
Por: R$ 356,00
Rifamicina Spray 20 ML (Rifocina) - Naturab
Por R$ 17,18
Seringa Descartável Com Agulha 25x7 - 3mL Bico Liso
Por: R$ 0,30

+ 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: 15 à 20 DIAS UTEIS APÓS CONFIRMAÇÃO DE PAGAMENTO
FRETE :
IMPOSTOS: A PAGAR / INCLUSO NA NOTA
PAGAMENTO: PRIMEIRA COMPRA À VISTA ANTECIPADO

OBRIGADA
LUANA CARDOSO
(18) 99657-2232
08/08/2023

004568

PET 2 PET

ORÇAMENTO

EMPRESA: ASSOCIACAO PROTETORES DOS ANIMAIS DE RUA DE CONGONHAS | ENDEREÇO: R DELFINA SANTOS CORREA, 173 - CRISTO REI - CONGONHAS | TELEFONE: 31 9442-6931 | DATA: 07/09/2024

FORMA DE PAGAMENTO

Nº DO ITE	DESCRIÇÃO	QUANTIDADE	PREÇO UNITÁR	DESCONTO	PREÇO C/ DESC	TOTAL
2184	VETMAX PLUS CX. C/40COMP.	3	R$ 269,61	10%	R$ 242,65	R$ 727,95
2250	MELOXINEW 2MG 10 COMP.	20	R$ 42,05	25%	R$ 31,54	R$ 630,75
23005	MERCEPTON INJ 100ML	2	R$ 41,52		R$ 41,52	R$ 83,04
10029	SERINGA BD DESC. 3ML. C/AG CX C/150UN.	4	R$ 74,90		R$ 74,90	R$ 299,60
23002	ANESTESICO LIDOVET INJ. 50ML (LIDOCAÍNA)	5	R$ 20,87		R$ 20,87	R$ 104,35
187003	LAMINA DE BISTURI N20 CARBONO	200	R$ 0,50		R$ 0,50	R$ 100,00
			R$ 0,00			
			R$ 0,00			

FORMA DE PAGAMENTO & CONDIÇÕES

DESCONTO PLANO PAGAMENTO

SUBTOTAL: R$ 1.945,69

TOTAL: R$ 1.945,69

004569

J C R PELEGRINI PROD VET IMPORTAÇÃO E EXP.

Rua Da Fé, nº 198, Jardim Urano. São José do Rio Preto, SP - CEP: 15084-230
Fone : 17-3305-5218

ORÇAMENTO 2: 0093832

Emissão: 04/08/2023 12:28:48

Cliente: **09322 - ASSOCIACAO PROTETORES DOS ANIMAI**
Endereço: RUA DELFINA SANTOS CORREA, nº 173
Cidade: CONGONHAS UF: MG
Observação:

Fone: 31-9442-6931
Bairro: CRISTO REI
Vendedor: 00026 - NILTON JR

Transportadora:

*** ORCAMENTO SEM EFEITO FISCAL ***

DESCRIÇÃO	QTDE	UN	VR.UNIT	VR.TOTAL
0002362 AGUA OXIGENADA 10 VOL SEPTMAX 1 LT - FARMAX	3	LT	8,46	25,38
0003235 FIO NYLON N. 0 C/ AG 3/8 COR 30 MM 45 CM - BIOLINE	240	UN	3,03	727,20
0002019 FIO POLIGLECAPRONE PGCL 25 N. 2-0 AG 1/2 C 2.6 / 70 (	24	UN	11,75	282,00
0003236 FIO POLIGLECAPRONE PGCL 25 N. 3-0 AG 3/8 C 3.1 / 70 (	24	UN	10,95	262,80
0002760 ISOFORINE 240 ML - CRISTALIA	3	FR	480,18	1.440,54
0002427 LAMINA DE BISTURI ACO CARBONO N. 20 - SOLIDOR	200	UN	0,44	88,00
0000207 MELOXINEW 2 MG BLISTER C/ 10 COMP - VETNIL	20	UN	36,71	734,20
0000584 MERCEPTON INJ. 100 ML - BRAVET	2	UN	34,16	68,32
0003063 MIDAZOLAN (DORMIRE) 5 MG/ML CX C/ 10 AMP X 10 ML -	3	CX	165,25	495,75
0000365 ORGANOVIT 500 ML	2	UN	45,23	90,46
0000356 OTOVET 20 ML - BIOFARM	2	FR	28,43	56,86
0000599 RIFOTRAT SPRAY 10 MG/ML 20ML - NATULAB	30	FR	22,63	678,90
0000546 SERINGA DESC. 3 ML SLIP - PROCARE	500	UN	0,19	95,00
0000014 VETMAX PLUS CX C/ 1 BLISTER DE 4 COMP. 700 MG - VE	100	UN	49,37	4.937,00
		Sub Total		**9.982,41**

(+)Frete: **0,00**
Sub-Total: 9.982,41 **(+)Acrésc.:** **0,00** **Total Geral:** **9.982,41**

Vencimento	Valor	Vencimento	Valor
04/08/2023	9.982,41		

CLIENTE

004570

07/08/2023

Cotação para:

Associação Protetores dos Animais de Rua de Congonhas – CNPJ 07.766.906/0001-60

Itens:

Organovit 1kg R$64,00 - 2 unid = R$128,00

Otovet 20mL R$38,00 - 2 unid = R$76,00

Vermífugo Vermicanis 10kg R$7,99 - 100 unid = R$799,00

Vermífugo Vermicanis 30kg R$12,80 - 100 unid = 1.280,00

Entrega em até 15 dias úteis após aprovação de compra. Frete incluso. Mercadoria sob encomenda.

Valor com impostos incluídos. Validade da proposta: 05/09/2023.

Razão Social:, Agrocampo Giordani Comércio de Produtos Agropecuários Ltda.

CNPJ:, 08.840.469/0001-40 - Telefone:, (54) 98131-7744

Whatsapp:, (54) 98131-7744

Endereço: Avenida Militar, 1816, Glória, Vacaria, RS - 95216-014

Email:, site@agrocampogiordani.com.br

_____

Pedro Augusto Acauan

Coordenador Ecommerce

004571

L.E.ALMEIDA COMERCIO DE PRODUTOS MEDIC(

AV CASTELO BRANCO, 19209 - CACOAL/RO

CNPJ: 27.358.419/0001-76 **IE:** 00000004751540

Telefone: **E-mail:**

Orc. Nº 000005444

Orçamento

Cliente 004352 - 07.766.906/0001-60 **Data:** 07/08/2023

Razao social: **ASSOCIACAO PROTETORES DOS ANIMAIS DE RUA DE CONGONHAS**

Nome fantasia: **PARC**

Endereço: **R DELFINA SANTOS CORREA, 173** Complemento:

Bairro: **CRISTO REI** Cidade: **CONGONHAS** UF: **MG** CEP: **36414-438**

Telefone: E-mail:

Forma de pagamento

Tipo: **PIX**

Frete

186,30

Produtos: Vendas

Produto	Fabricante	Vlr. unit.	Desc.	Vlr. liq.	Qtde.	Subtotal	Impostos	Valor item
002365 - FIO NYLON PRETO 0 C/AG 3 CTI C/24UND (N500CTI30)	SHALON	70,00	0,00	70,00	10	700,00	0,00	700,00
001679 - MIDAZOLAM 15MG 3ML INJ (B1) (GENERICO)	HIPOLABOR	4,25	0,00	4,25	30	127,50	0,00	127,50
000673 - SERINGA DESC. 5ML LUER LOCK C/AGULHA 25 X 7 MM	SR	0,45	0,00	0,45	500	225,00	0,00	225,00
3 produto(s) listado(s).					540	1.052,50	0,00	1.052,50

Observações

Itens:	3
Bonificações:	0,00
Produtos:	1.052,50
Impostos:	0,00
Frete:	186,30
Total pedido:	1.238,80

004572

pegue já seu cupom | dia dos pais | retire na loja

Nossas lojas Tenha sua loja Regulamentos Acessibilidade Segurança & Privacidade Atendimento Compre pelo tel: 0800 77

Busca no Magalu

Busca rápida :) Entre ou cadastre-se

Ver ofertas para minha região

Todos os departamentos Ofertas do Dia Celulares Móveis Eletrodomésticos TV e Vídeo Informática

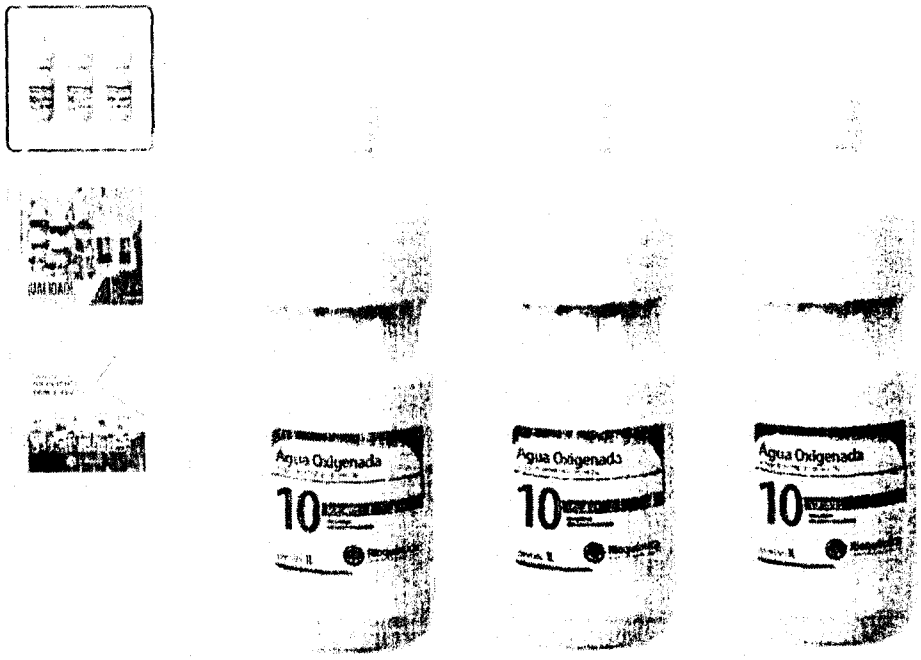
Descubra as ofertas m

Compartilhe sua localizaç valores de frete, entregas

magalu > Beleza & Perfumaria > Cuidado com o Corpo > Água Oxigenada > Água oxigenada 10 volumes 1 l kit c/3 - Rioquimica

Água oxigenada 10 volumes 1 l kit c/3 - Rioquimica

Código hk400ck0j1 | Ver descrição completa | Rioquimica



Avaliar produto

Vendido por **Ass Saúde**

Entregue por magalu

O Magalu garante a sua compra, do pedido à entre

R$ 39,00

R$ 29,84 no Pix

(10% de desconto)

Cartão de crédito
sem juros

COMPRAR AGORA

ADICIONAR À SACOLA

Calcular frete e prazo

Informações da Loja

Ass Saúde
Lojista parceiro Magalu

Ver mais informações da loja

Magalu Garante
a sua compra, do pedido à entrega.

Devolução Gratuit
em até 7 dias depois de receber o produto.

Água oxigenada 10 volumes 1 l kit ... R$ 29,84 no Pix

Voltar ao topo Descrição Completa Avaliação dos Clientes Formas de Pagamento Perguntas e Respostas

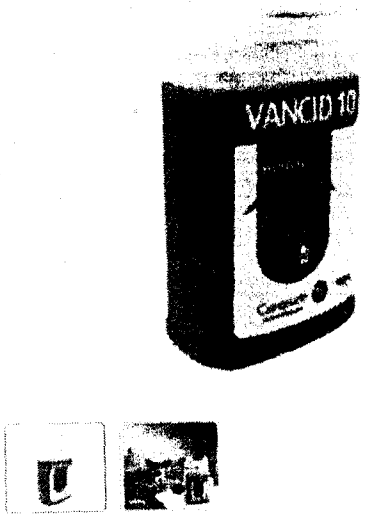
dia dos pais · com até 50% de desconto | até 20% de cashback · queeero ›

busque aqui seu produto

olá, faça seu login
ou cadastre-se

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

favoritar compartilhar



Desinfetante Vancid 10 Herbal Vansil 1l Amonia Quaternaria

5.0 (1 avaliação) faça a 1ª pergunta

Informações Desinfetante a Base de Amônia. Bactericida e fungicida. Desinfecção e desodorização de ambientes. Altamente efetivo contra bactérias. Com dosador. Detalhes do Produto Desinfetante Vancid 10 Herbal Vansil Vancid 10 é um d...

mais informações

política de troca e devolução

~~R$ 49,49~~ 12%

R$ 43,47

no Pix

R$ 49,40 em até 2x de R$ 24,70

mais formas de pagamento

calcular frete e prazo

Digite seu CEP OK

quantidade:

1 unidade

comprar

Este produto é vendido por Shop Amigãozão e entregue por **Americanas**, que garante sua compra, do pedido à entrega. saiba mais

+ 1 outra oferta deste mesmo produto

quem viu este produto viu também



desinfetante bactericida vansil vancid 10 1 litro herbal

sem avaliações

~~R$ 48,50~~ 10%

R$ 43,65

com pix



patrocinado

desinfetante bactericida vansil vancid 10 - 1 litro...

sem avaliações

R$ 62,00

3x de R$ 20,66 sem juros no cartão de crédito



patrocinado

desinfetante vancid 10% herbal - 1l

sem avaliações

~~R$ 72,00~~ 4%

R$ 69,43

com pix



sofá 3 lugares merkel linho cru

1 avaliação

~~R$ 1.725,93~~ 12%

R$ 1.518,81

em 1x no cartão de crédito

herbal ourofino

~~R$ 72,43~~

R$ 65,

com pix

produtos patrocinados

0004574

...a seu cupom | dia dos Pais | retire na loja

Nossas lojas | Tenha sua loja | Regulamentos | Acessibilidade | Segurança & Privacidade | Atendimento | Compre pelo tel: 0800 773 3...

Busca no Magalu

Olá, visitante
Entre ou cadastre-se

Ver ofertas para minha região

Todos os departamentos | Ofertas do Dia | Celulares | Móveis | Eletrodomésticos | TV e Vídeo | Informática

Descubra as ofertas
Compartilhe sua localiz
valores de frete, entreg

Vancid Herbal 10% Desinfetante de Ambientes - 1 Litro - Vansil

Código fhe42hga7h | Ver descrição completa | Vansil





Avaliar produto

Selecionar Tamanho

1 l

Vendido por Agrosolo Bauru
Entregue por Magalu
O Magalu garante a sua compra, do pedido à entre

R$ 48,50
R$ 41,71 no Pix
(14% de desconto)

Cartão de crédito
sem juros

COMPRAR AGORA

ADICIONAR À SACOLA

Calcular frete e prazo

a sua compra, do pedido à entrega.

Devolução Gratuita
em até 7 dias depois de receber o produto.

Informações da Loja

Agrosolo Bauru
Lojista parceiro Magalu

Ver mais informações da loja

Seleção especial do Magalu pra você

Patrocinados





Disney+ STAR+ INCLUÍDOS Assine o nível 6 a partir d

Informe seu CEP Categorias Ofertas do dia Vender Contato Crie a sua conta Entre Con

Você também p - espeto - desengordurante - cif desengordurante - mr musculo - chapa grill

Voltar à lista Confira o envio para o seu endereço
Inclua seu CEP para verificar os custos e prazos de entrega precisos na busca.
Incluir CEP Mais tarde

Lavanderia > Produtos de Limpeza > Desengordurantes Compartilhar





Novo | +5 vendidos

Vancid 10 1 Lt Desinfetan Herbal Amônia Quaterná Vansil

R$ 49,92
em 12x R$ 4,84
Ver os meios de pagamento

Envio para todo o país
Saiba os prazos de entrega e as formas
Calcular o prazo de entrega

Estoque disponível

Quantidade: **1 unidade** (2 disponí

Frete grátis comprando 2 ou mais unida

Comprar agora

Adicionar ao carrinho

Mercado Pontos Você acumula 12

30 dias de garantia de fábrica

Produtos patrocinados Anuncie aqui



R$ 38,06
12x R$ 3,69
Limpador Piso Laminado Vinilico



R$ 49,44 6% OFF
12x R$ 4,79
Limpa Chapas/coifas/fritadeiras...



R$ 47,78
12x R$ 4,63
Kit Limpa Grelhas Diabo Verde 300ml Remove Facil 2...

Informações sobre o vendedor

MercadoLíder
Um dos melhores do site!

+100
Vendas nos últimos 60 dias
Presta bom atendimento
E
ofer

Ver mais dados deste vendedor

Meios de pagamento

Até 12x sem cartão de crédito

Cartões de crédito
Pague em até 12x!

Cartões de débito

Boleto bancário

Anúncios do vendedor

Caixa De Transporte Cães Gato Pet Médio Porte N3 Mecpet Cor Lilas
R$ 58,60
12x R$ 5,70

Caixa De Transporte Cães Gato Pet Médio Porte N3 Mecpet Cor Laranja
R$ 58,60
12x R$ 5,70

Pesquisar ou começar uma nova conversa

Receba notificações de novas mensagens
Ativar notificações na área de trabalho >

HMED Suturas 04/08/2023
Foto

Luciana-gatos 04/08/2023
O código de segurança com Luciana-gatos mudou. Cli...

Cristal-Rita 04/08/2023
Vocês podem me enviar orçamento, por favor?

Yam 04/08/2023
Foto

Viviane 02/08/2023
0:07

+55 31 9904-8244 02/08/2023
Ele não tá qui mais

Rede Reta 02/08/2023
PROTETORES DOS ANIMAIS.pdf • 3 páginas

Cabora-guarteirão 02/08/2023
Mensagem apagada

Cavaleiro-PARC 01/08/2023
Amanhã vou te ligar de manhã por volta das 8 hs para a...

Jaci-Maranhão 01/08/2023
A saúde da cachorrinha é mais importante. Ela não p...

CV União 01/08/2023
Vem cuidar do seu amigo!

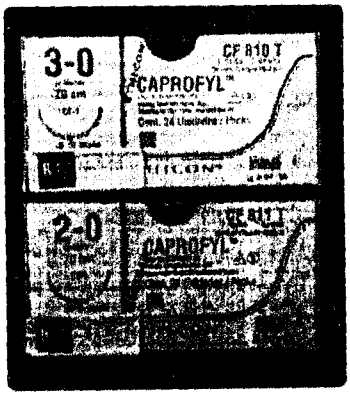
HMED Suturas

A Associação Protetores dos Animais de Rua de Congonhas solicita orçamento para os produtos abaixo:
Cateter intravenoso 22g = 5 cx.
Cateter intravenoso 24g = 5 cx.
Fio de sutura Poliglecaprone (monofilamento absorvível) 2-0 = 1 cx.
Fio de sutura Poliglecaprone (monofilamento absorvível) 3-0 = 1 cx.
Imizol injetável = 3.
Propofol injetável (vou ver quantos serão comprados).
Seringa 1ml p/ insulina c/ agulha = 2 cx.
Soro vitaminado Hertavita = 5. 13:07

24/07/2023

Vocês me enviam o orçamento, por favor? 09:25

Bom dia 09:35



R$ 395,00/cx com 24 env 09:35

04/08/2023

Água oxigenada 10 volumes 1l = 3.
Colírio Tobradex = 2.
Colírio Tobrex = 2.
Fio de sutura nylon 0 45cm c/ agulha 30mm = 10 cx.
Fio de sutura Poliglecaprone (monofilamento absorvível) 2-0 = 1cx.
Fio de sutura Poliglecaprone (monofilamento absorvível) 3-0 = 1 cx.
Garrote de tecido = 3.
Isoflurano injetável 1mg/ml = 3 de 240ml.
Lâmina de bisturi estéril aço carbono número 20 = 2 cx.
Lidocaína injetável 1% c/ vasoconstritor = 5 de 50ml.
Meloxicam 2mg = 20.
Mercepton injetável 100ml = 2.
Midazolam injetável 5mg/ml = 30 amp 3ml.
Organovit = 2.
Otovet = 2.
Papel grau cirúrgico p/ autoclave 300mm x 100m = 1.
Rifamicina 20ml = 30.
Seringa 3ml c/ agulha = 500.
Vermífugo 10kg e 30kg = 100. 12:35

Do vermífugo são 70 cx do de 30kg e 30 cx do de 10kg. 12:35

Vocês podem me enviar orçamento, por favor? 12:35

Boa tarde Edilene 13:49

Já te mando 13:49

ERIAL	USP	TAM. AGULHA (mm)	CURVA	COMP. FIO(cm)	PONTA
	0	30	3/8	45	T

Mensagem

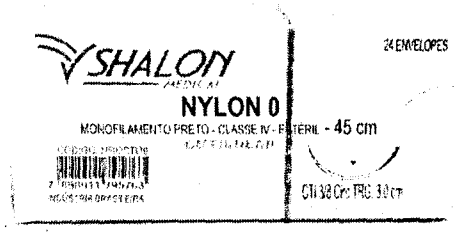
	MATERIAL	USP	TAM. AGULHA (mm)	CURVA	COMP. FIO(cm)	PONTA	ENV/CX	PREÇO/CX
BIC LINE	NYLON	0	30	3/8	45	T	24	R$ 110,00
BIC LINE	POLIGLECAPRONE 25	2-0	26	1/2	70	R	24	R$ 380,00
BIC LINE	POLIGLECAPRONE 25	3-0	25	1/2	70	R	24	R$ 380,00

Disney+ STAR+ INCLUÍDOS Assine o nível 6 a partir de R$

CEP Categorias Ofertas do dia Vender Contato Crie a sua conta Entre Compras

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





Novo | +100 vendidos

Fio Sutura Cirúrgico Nylon Preto 0 C/ag 3/8 Trg 3cm Com 24un

R$ 67,80

em 12x R$ 6,59

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

Vendido por TRIPUÍ MED

MercadoLíder | +100 vendas

Estoque disponível

Quantidade: **1 unidade** (+3 disponíveis)

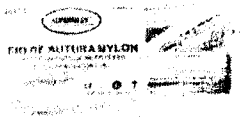
Frete grátis comprando 2 ou mais unidades

Comprar agora

Adicionar ao carrinho

Mercado Pontos. Você acumula 10 pontos

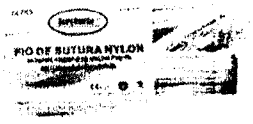
Quem viu este produto também comprou



R$ 49,55

12x R$ 4,80

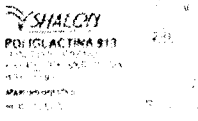
Fio De Sutura Em Nylon 3-0 Com Agulha 2,0 Cm Cx C/24...



R$ 47,79

12x R$ 4,63

Fio De Sutura Nylon Preto 2-0 C/ Agulha 2,0cm- Cx C/24 Uni



R$ 72,50

12x R$ 7,05

Frete grátis

5 Unidades Fio Sutura Poliglactina 2-0 C/agulha...

Informações sobre o vendedor

MercadoLíder

É um dos melhores do site!

+100 Vendas nos últimos 60 dias | Presta bom atendimento | Entrega os produtos dentro do prazo

Ver mais dados deste vendedor

Meios de pagamento

Até 12x sem cartão de crédito

mercado crédito

Cartões de crédito

Pague em até 12x!

Cartões de débito

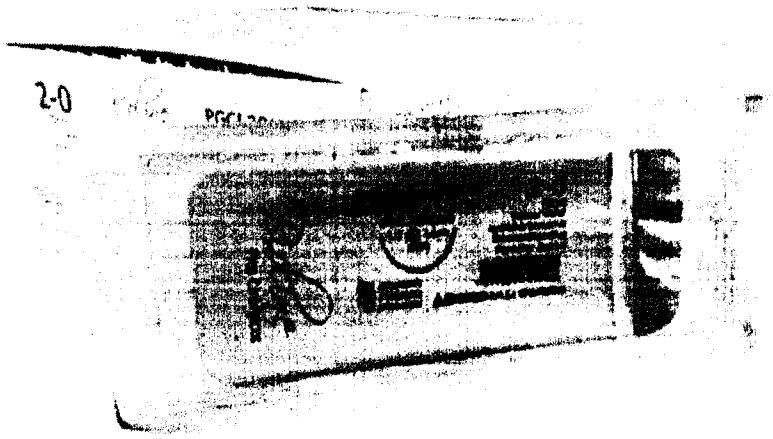
Boleto bancário

Conheça outros meios de pagamento

Características principais

Marca	SHALON
Modelo	2-0
Formato de venda	Unidade
Unidades por kit	1
Unidades por embalagem	24

Disney+ STAR+ INCLUSOS Assine o nível 6 a partir de R$ 17,9



Novo | 2 vendidos

Pgcl Fio Poliglecaprone Nº 2-0 70 Cm 1/2 R 2,6 Cm - Bioline

R$ 343[16]

em 10x R$ 34[22] sem juros

Ver os meios de pagamento

Frete grátis

Saiba os prazos de entrega e as formas de envio.

Calcular o prazo de entrega

Estoque disponível

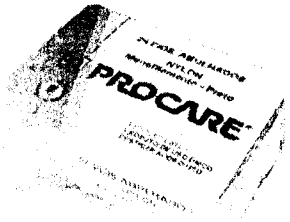
Quantidade: **1 unidade** (3 disponíveis)

Comprar agora

Adicionar ao carrinho

Mercado Pontos. Você acumula 85 pontos.

Produtos patrocinados Anuncie aqui



R$ 58[90]
3x R$ 19,63 sem juros
Fio De Sutura De Nylon Caixa Com 24 Unidades



R$ 435[87]
10x R$ 43,59 sem juros
Frete grátis
Fio De Sutura Acido Poliglicólico 2-0 C/ Ag 3/8 Ci...



R$ 74[97]
3x R$ 24,99 sem juros
Fio De Sutura Nylon Preto Monof 5-0 C/ Ag 3/8 Cir Trg ...

Informações sobre o vendedor

MercadoLíder Gold
É um dos melhores vendedores!

+1000 Vendas nos últimos 60 dias

Presta bom atendimento

Entrega os produtos dentro do prazo

Ver mais dados deste vendedor

Meios de pagamento

Pague em até 12X sem juros!

Até 12x sem cartão de crédito

Cartões de crédito

Cartões de débito

Boleto bancário

Conheça outros meios de pagamento

Anúncios do vendedor

Fio De Sutura Nylon 6-0 45 Agulha 3/8 (20mm) 24 Und Tech
R$ 73[92]
12x R$ 7,19

Algodão Puro Hidrófilo Rolo 100% Macio Nathy - 500 Gramas
R$ 30
12x R$ 2,91

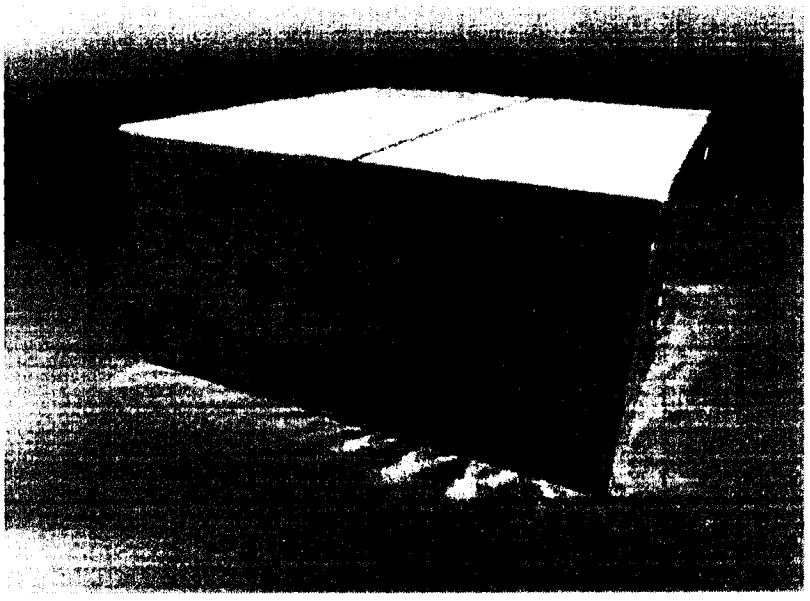
Ver todos os anúncios do vendedor

Características principais

Disney+ STAR+ INCLUÍDOS Assine o nível 6 a partir de R$ 17,9

Categorias Ofertas do dia Vender Contato Crie a sua conta Entre Compras

Saúde > Equipamento Médico > Instrumentos Médicos > Fios de Suturar Compartilhar Vender



Novo | 15 vendidos

Fio Poliglecaprone 3.0 70cm Ag 3/8 Cor 1,9cm Incolor Cx C/12

R$ 209,82

em 12x R$ 20,39

Ver os meios de pagamento

Frete grátis

Saiba os prazos de entrega e as formas de envio

Calcular o prazo de entrega

Estoque disponível

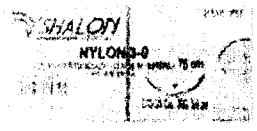
Quantidade: **1 unidade** (2 disponíveis)

Comprar agora

Adicionar ao carrinho

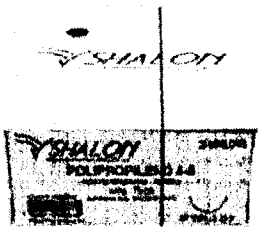
Mercado Pontos Você acumula 52 pontos

Produtos patrocinados Anuncie aqui



R$ 149,90

Fio De Sutura Nylon Incolor Cirurgia Plástica 3-0 Caixa...

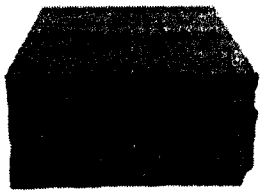


R$ 124,11

4x R$ 31,03 sem juros

Frete grátis

Fio De Sutura Polipropileno Azul 4-0 C Ag 3/8 Cir Cil 2,5...



R$ 244,50

8x R$ 30,56 sem juros

Frete grátis

Fio De Sutura Catgut Simples 4 Sem Agulha Cx C/ 12...

Anúncios do vendedor

Fio Poliglecaprone 4.0 45cm Ag 3/8 Cor 1,9cm Incolor Cx C/12

R$ 194,61

12x R$ 18,92

Frete grátis

Fio Sutura Nylon 4.0 Preta 45cm Ag 1/2 Cort 1,7cm Cx C/ 24

R$ 79,90

12x R$ 7,77

Frete grátis

Ver mais anúncios do vendedor

Informações sobre o vendedor

+50 Vendas nos últimos 365 dias

Presta bom atendimento

Entrega os produtos dentro do prazo

Ver mais dados deste vendedor

Meios de pagamento

Até 12x sem cartão de crédito

Cartões de crédito

Pague em até 12x!

Cartões de débito

Boleto bancário

Conheça outros meios de pagamento

Características principais

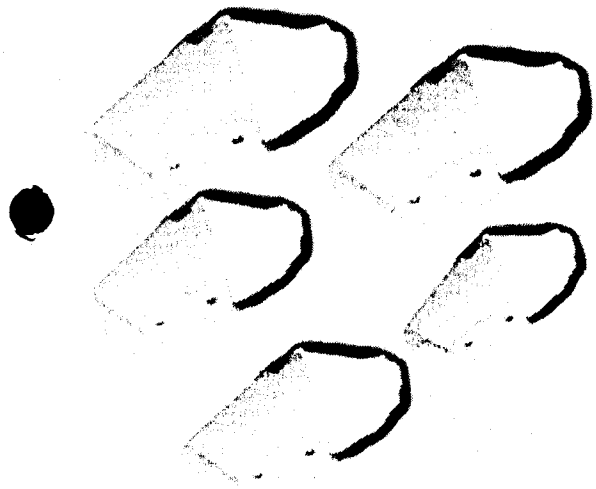
dia dos pais · com até 50% de desconto | até 20% de cashback · queeero ›

busque aqui seu produto

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

página inicial › pet shop › cães › coleiras, guias e peitorais › focinheira

favoritar compartilhar



Focinheira De Polipropileno Jogo Do 1 Ao 5

faça a 1ª avaliação faça a 1ª pergunta

Combo Focinheiras De Polipropileno 05 Peças (1 Ao 5) DESCRIÇÃO: A Focinheira em Plástico com Velcro possibilita passeios com seu animalzinho sem correr nenhum tipo de perigo. Fabricada em plástico polipropileno, acabamento em velcro...

mais informações

cor: **preto**

política de troca e devolução

~~R$ 28,45~~

R$ 25,03

no Pix

mais formas de pagamento

calcular frete e prazo

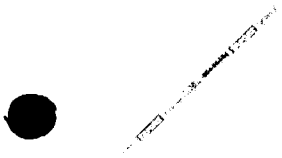
Digite seu CEP

quantidade:

1 unidade

Este produto é vendido e entregue por Olist
A **Americanas** garante a sua compra, do pedido à entrega. saiba mais

quem viu este produto viu também

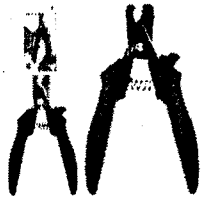


lâmina para serra manual aço carbono 12" 24t - tafort

sem avaliações

R$ 11,23

2x de R$ 11,23 sem juros no cartão de crédito



alicate cortador de unha pet 12cm todos os portes

sem avaliações

R$ 23,65

1x de R$ 23,65 sem juros no cartão de crédito



raticida granulado kellmat kelldrin rosa 1kg 40x25gr...

sem avaliações

R$ 65,90

3x de R$ 21,96 sem juros no cartão de crédito



lesmicida kelldrin lesmas caramujos para jardinagem...

sem avaliações

R$ 15,28

1x de R$ 15,28 sem juros no cartão de crédito



lante... muito fo...

~~R$ 489,6...~~

R$ 260

frete gráti...

produtos patrocinados



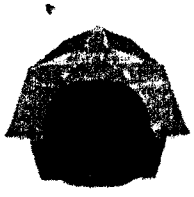
patrocinado



patrocinado



patrocinado



patrocinado

004582

Disney+ STAR+ INCLUÍDOS Assine o nível G a partir d

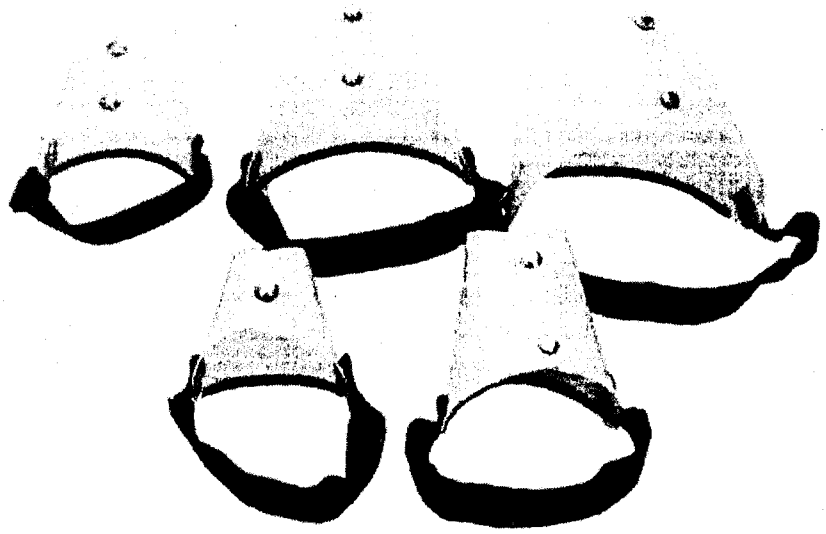
Informe seu CEP Categorias Ofertas do dia Vender Contato Crie a sua conta Entre Con

Você também p Confira o envio para o seu endereço baskerville

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

Voltar à lista Compartilhar

Incluir CEP Mais tarde



Novo | +1000 vendidos

Jogo De Focinheira Cães chorros Do N°01 Ao N°05

★★★★½ (87)

MAIS VENDIDO 5° em Focinheiras para Cac

R$ 26⁹⁹

em 12x R$ 2⁶²

Ver os meios de pagamento

Envio para todo o país

Saiba os prazos de entrega e as formas

Calcular o prazo de entrega

Estoque disponível

Armazenado e enviado pelo FULL

Quantidade: **1 unidade** (55 dispo

Frete grátis comprando 3 ou mais unida

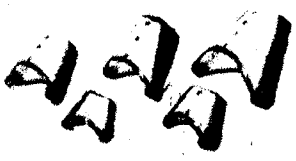
Comprar agora

Adicionar ao carrinho

Mercado Pontos. Você acumula 6 p

1 meses de garantia de fábrica

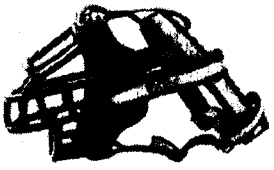
Produtos patrocinados Anuncie aqui



R$ 34⁰⁹

12x R$ 3,31

Focinheira Plastica Kit 5 Tamanhos Para Cães...



R$ 85

3x R$ 28,33 sem juros

Frete grátis FULL

Focinheira Para Cachorros Silicone



R$ 28⁹⁰

12x R$ 2,80

FULL

Focinheira De Amarrar Para Cães

Informações sobre o vendedor

MercadoLíder

É um dos melhores do site!

+1000 Vendas nos últimos 60 dias

Presta bom atendimento

Ver mais dados deste vendedor

Anúncios do vendedor



Jogo Domino Mania 300 peças em madeira

R$ 43

12x R$ 4,17

FULL



Jogo De Focinheira P/ Cães Cachorros Em Nylon N°01 Ao N°06

R$ 39⁹⁹

12x R$ 3,88

FULL

Ver mais anúncios do vendedor

Meios de pagamento

Até 12x sem cartão de crédito

Cartões de crédito

Pague em até 12x!

Cartões de débito

Boleto bancário

dia dos Pais

retire na loja

Nossas lojas Tenha sua loja Regulamentos Acessibilidade Segurança & Privacidade Atendimento Compre pelo tel: 0800 775 39

004583

Busca no Magalu

Seja bem-vindo :) Entre ou cadastre-se

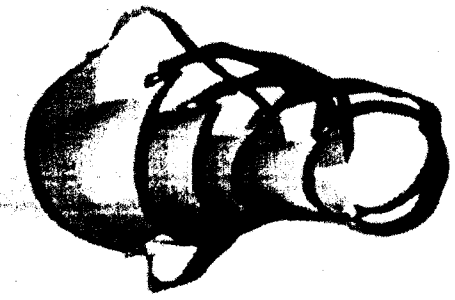
Ver ofertas para ...

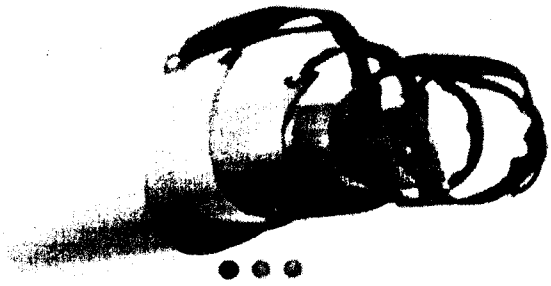
Celulares Móveis Eletrodomésticos TV e Vídeo Informática Saldão Bebê e Supe

... e Transporte Focinheiras Para Cachorro cães 10 unidades - Kit Com 02 Jogos Do N01 Ao N05 - A casa da Nani

...cachorro cães 10 unidades - Kit Com 02 Jogos Do N01 Ao N05 - A c

...ada por A casa da Nani





Avaliar produto

Cor: **Azul e Rosa**

KIT

Vendido por **A Casa Da Nani Comercio Ltda**

Entregue por **magalu**

O Magalu garante a sua compra, do pedido à entre

R$ 45,00 no Pix

Cartão de crédito
sem juros

COMPRAR AGORA

ADICIONAR À SACOLA

Calcular frete e prazo

Informações da Loja

A Casa Da Nani Comercio

Lojista parceiro Magalu

3,3

Ver mais informações da loja

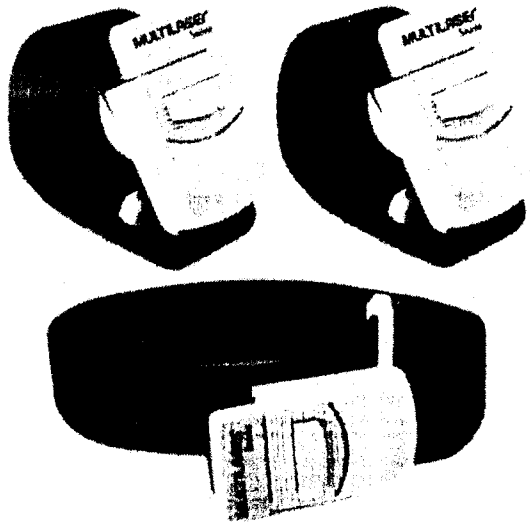
Devolução Gratuita
em até 7 dias depois de receber o produto.

Disney+ STAR+ INCLUÍDOS Assine o nível 6 a partir de R$ 17,9

Enviar para CEP Categorias Ofertas do dia Vender Contato Crie a sua conta Entre Compras

Você também pode gostar: venoscopio - garrote - cufometro - garrote enfermagem

Voltar à lista Saúde > Equipamento Médico > Instrumentos Médicos > Torniquetes Compartilhar Vender



Novo | +5 vendidos

3 Garrote Com Trava Para Enfermagem/coleta De Sangue Preto

R$ 24^99

em 12x R$ 2^42

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** (35 disponíveis)

Comprar agora

Adicionar ao carrinho

Mercado Pontos Você acumula 6 pontos

Produtos patrocinados Anuncie aqui

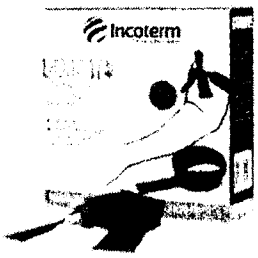


R$ 16^82 6% OFF

12x R$ 1,63

FULL

Garrote C/ Trava Procedimentos Coleta Sang...



R$ 39^90

3x R$ 13,30 sem juros

FULL

Garrote Caixa C/ 25 Tiras De 45cm Cada - Livre De Latex



R$ 34^11 10% OFF

12x R$ 3,31

FULL

Kit Com 3 Garrotes Procedimentos Coleta Sang...

Anúncios do vendedor

Perspirex Loção - Desodorante Para Pés 100ml

R$ 103^99

12x R$ 10,11

Frete grátis

Respiron Classic Aparelho Para Fisioterapia Respiratória

R$ 34^99

12x R$ 3,39

FULL

Ver mais anúncios do vendedor

Informações sobre o vendedor

MercadoLíder Platinum

É um dos melhores do site!

+5mil Vendas nos últimos 60 dias

Presta bom atendimento

Entrega os produtos dentro do prazo

Ver mais dados deste vendedor

Meios de pagamento

Até 12x sem cartão de crédito

Cartões de crédito

Pague em até 12x!

Cartões de débito

Boleto bancário

Conheça outros meios de pagamento



ISOFLURANO 240ML (C1) (ISOFLORINE) – CRISTALIA

R$616,00 Fora de estoque

em até 6x de R$102,67 s/ juros

ou R$554,40 à vista

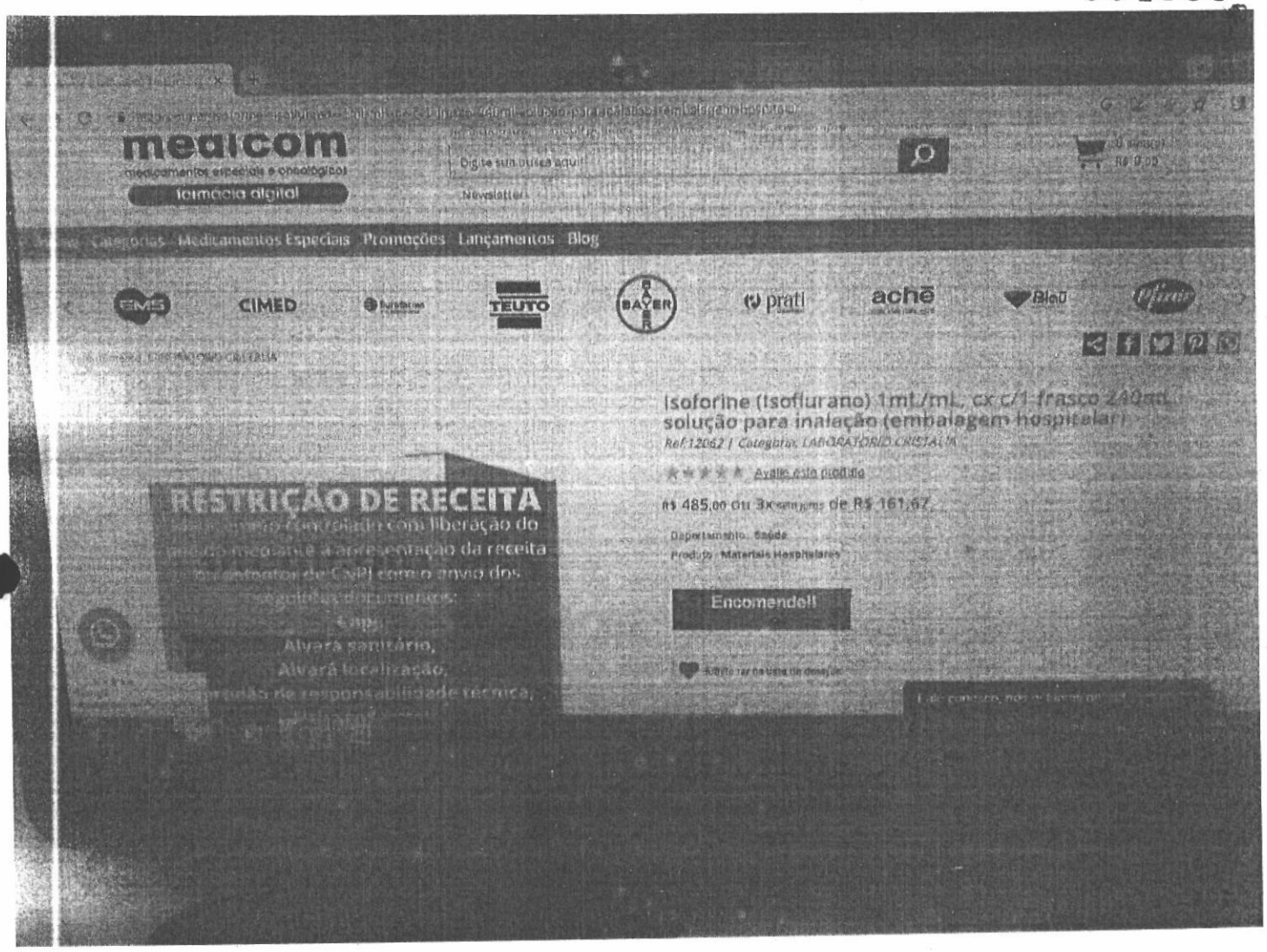
SKU: 1495

Categoria: MEDICAMENTOS

Descrição Informação adicional

Descrição

A venda deste medicamento controlado é permitida somente para CNPJ da área da saúde, como Clínicas, Hospitais, Ambulatórios, etc. É necessário enviar as cópias do Alvará Sanitário, Certificado de Regularidade Técnica e o Contrato Social após a finalizar a compra. O pedido só será enviado após análise dos documentos!


medicom
medicamentos especiais e oncológicos
farmácia digital
Digite sua busca aqui!
Newsletter
Categorias Medicamentos Especiais Promoções Lançamentos Blog
EMS
CIMED
TEUTO
BAYER
prati
ache
Isoforine (Isoflurano) 1ml/mL, cx c/1 frasco 240mL solução para inalação (embalagem hospitalar)
Ref:12062 | Categoria: LABORATÓRIO CRISTÁLIA
Avalie este produto
R$ 485,00 ou 3x sem juros de R$ 161,67
Departamento: Saúde
Produto: Materiais Hospitalares
Encomende!!
RESTRIÇÃO DE RECEITA
Alvará sanitário,
Alvará localização,

FRETE GRATIS ACIMA DE R$ 300,00 PARA RONDÔN

Pesquisar Produtos...

Hospitalar Odontologia Descartáveis Medicamentos

PROMOÇÃO

0 item



VENDA APENAS SOB APRESENTAÇÃO DE CRM, CRO, CRMV.

IMAGEM NÃO PERMITIDA RDC 96/2008 ANVISA

LIDOCAINA 2% S/V 20ML (GENERICO) – HYPO FARMA

R$13,15 589 em estoque

em até 6x de R$2,19 s/ juros

ou R$11,84 à vista

Parcelado em **12x sem cartão** com Mercado Pago

Simulação de frete

Informe seu cep

- 1 +

COMPRAR

Atendimento Online

SKU: 902

Categoria: MEDICAMENTOS

clinicompras

Lidocaína Xylestesin 1% Injetável Vasoc. 20ml CRISTÁLIA

Cód.: 12939

[redacted]

MAGAZINE MÉDICA .com

VENDA SOB PRESCRIÇÃO MÉDICA

SEM IMAGEM POR DETERMINAÇÃO RDC 44/209 SUBSEÇÃO 1 ART 54

004589

Compartilhe no Facebook

(https://facebook.com/sharer/sharer.php?u=https://clinicompras.com.br/produtos/lidocaina-xylestesin-injetavel-cvasoc-20ml-cristalia/)

Compartilhe no LinkedIn

(https://www.linkedin.com/sharing/share-offsite/?url=https://clinicompras.com.br/produtos/lidocaina-xylestesin-1-injetavel-cvasoc-20ml-cristalia/)

Compartilhe no WhatsApp

(https://wa.me/?text=https://clinicompras.com.br/produtos/lidocaina-xylestesin-1-injetavel-cvasoc-20ml-cristalia/)

CRISTÁLIA (/marcas/cristalia/)

★★★★★

De ~~R$ 14,87~~

Por **R$ 12,44** à vista

no pix (5% desc. já calculado)

No cartão em **1x de R$ 12,70** sem juros (3% 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@clinicompras.com.br (mailto:farmaceutico@clinicompras.com.br) em até 5 dias para manter seu pedido e no assunto coloque o número do pedido.

Restam apenas **579 UNIDADES** em estoque!
(Precisa de uma quantidade maior? Clique aqui!)

1

Comprar

Comprar Pack com 10 un

004590

ECONOMIZE 3% OFF EM TODAS AS COMPRAS COM ASSINATURA SINGULAR

Digite sua busca...

Home Ginecologia

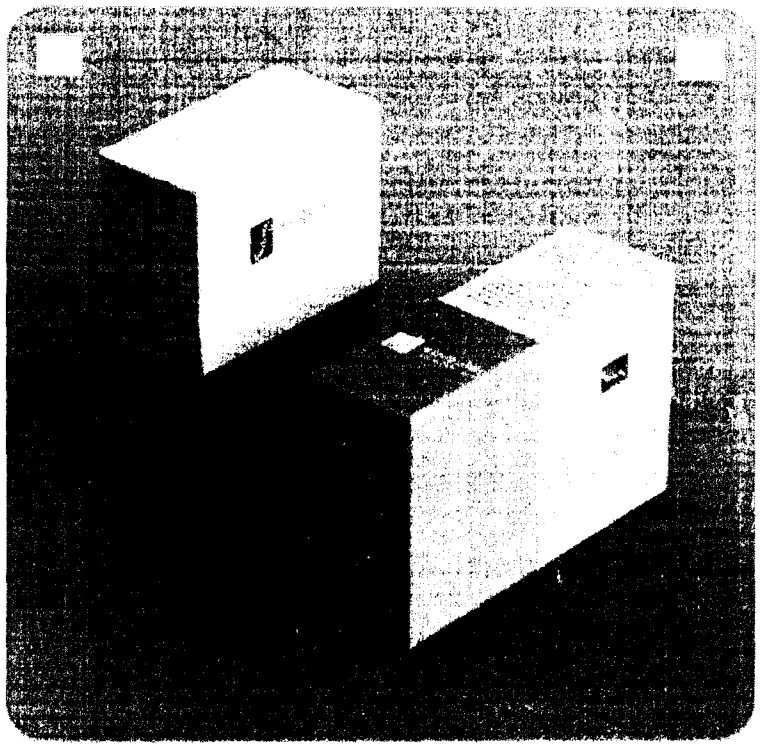


Imagem meramente ilustrativa

XYLESTESIN 2% C/ VASO

SKU: 76264 | Por: **Singular medicamentos Especiais**

R$ 152,33

3 x de R$ 50,77 sem juros

Formas de pagamento

Este não precisa ser refrigerado

Conservação:

Conteúdo:

10 Frascos com 20ML cada

Privacidade - Termos

A loja mais completa do Brasil!

Consulte **FRETE GRÁTIS*** para **SUL** e **SUDESTE** acima de R$450,00 (/faq/envio-e-frete/)

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?

Lidocaína Xylestesin 1% Injetável Vasoc. 20ml CRISTÁLIA

Cód.: 12939



Compartilhe no Facebook

(https://facebook.com/sharer/sharer.php?u=https://magazinemedica.com.br/produtos/lidocaina-xylestesin-1-injetavel-cvasoc-20ml-cristalia/?gclid=EAIaIQobChMI4bjY4ebNgAMVbmpvBB1T9g8QEAAYBCAAEgJjQfD_BwE)

Compartilhe no LinkedIn

(https://www.linkedin.com/sharing/share-offsite/?url=https://magazinemedica.com.br/produtos/lidocaina-xylestesin-1-injetavel-cvasoc-20ml-cristalia/?gclid=EAIaIQobChMI4bjY4ebNgAMVbmpvBB1T9g8QEAAYBCAAEgJjQfD_BwE)

Compartilhe no WhatsApp

(https://wa.me/?text=https://magazinemedica.com.br/produtos/lidocaina-xylestesin-1-injetavel-cvasoc-20ml-cristalia/?gclid=EAIaIQobChMI4bjY4ebNgAMVbmpvBB1T9g8QEAAYBCAAEgJjQfD_BwE)

CRISTÁLIA (/marcas/cristalia/)

★★★★★

De ~~R$ 17,70~~

Por **R$ 14,81** à vista

no pix (5% desc. já calculado)

No cartão em **1x de R$ 14,96** 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 **579 UNIDADES** em estoque!
(Precisa de uma quantidade maior? Clique aqui!)

1

Comprar

Comprar Pack com 10 un

Frete e Prazo

Informe seu CEP

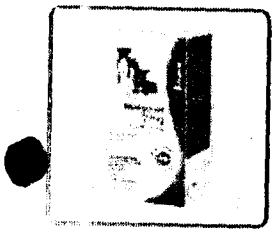
Calcular

Não sabe seu CEP? Clique aqui. (https://buscacepinter.correios.com.br/app/localidade_logradouro/index.php)

magazinefantasticasite
Loja parceira do Magalu
Procure por código, nome, mai
Bem vindo :)
Entre ou cadastre-se
Todos os departamentos Celulares e Telefones Informática TV e Vídeo
Parceiro Pet Shop Farmácia Anti-Inflamátório Meloxivet 2mg blisters 10 Comprimidos - duprat

Meloxivet 2mg blisters 10 Comprimidos - duprat

Código gcfh82gg2d | Ver descrição completa | duprat





Vendido por **Petprimecomercioeveterinaria**

Entregue por **Magalu**

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

R$ 42,00 no Pix

Cartão de crédito sem juros	R$ 42,00 1xR$ 42,00

COMPRAR AGORA

ADICIONAR À SACOLA

Calcular frete e prazo

Meloxivet 2mg blister... R$ 42,00 no Pix

Descrição Completa

Disney+ STAR+ INCLUÍDOS Assine o nível 6 a partir de R$ 17,9

CEP Categorias Ofertas do dia Vender Contato Crie a sua conta Entre Compras

Talvez você pode gostar: topline - ngf 5 - shampoo para cavalo - mata bicheira - ripercol - d500 - ivomec

Animais › Cavalos › Outros Compartilhar Vender



Novo

Mercepton 100ml Injetav. Antitóxico Bravet

R$ 36,02

em 3x R$ 12,01 sem juros

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** (50 disponíve...

Comprar agora

Adicionar ao carrinho

Mercado Pontos. Você acumula 9 pontos

Produtos patrocinados Anuncie aqui



R$ 37,[illegible]

[illegible] sem juros

Roupa Cirúrgica Para Cães E Gatos N°7



R$ 35,91 10% OFF

3x R$ 11,97 sem juros

Bone Para Caes Roupas Pet Shop Todos 2021



R$ 35,70

12x R$ 3,46

Creme Hidratante De Patinhas Patas Cães Gatos The Luxe...

Informações sobre o vendedor

+5 Vendas nos últimos 29 dias

Presta bom atendimento

Entrega os produtos dentro do prazo

Ver mais dados deste vendedor

Meios de pagamento

Pague em até 5X sem juros!

Até 12x sem cartão de crédito

Cartões de crédito

Cartões de débito

Boleto bancário

Conheça outros meios de pagamento

Anúncios do vendedor

Lavadora de alta pressão JactoClean J5000 laranja de 1300W com 103bar...

R$ 950

10x R$ 95 sem juros

Frete grátis

Motosserra Á Gasolina Stihl 31.8cc Ms 180 2.0cv Cor Laranja-claro

R$ 1.323,04

10x R$ 132,30 sem juros

Frete grátis

[illegible] anúncios do vendedor

OUTROS

dia dos pais
retire na loja
Regulamentos Acessibilidade Segurança & Privacidade Atendimento Compre pelo tel: 0800 773 33
Móveis Eletrodomésticos TV e Vídeo Informática Saldão Baixe o Supe
Regulador Do Metabolismo Kit Com 3 - Biofarm

Regulador Do Metabolismo Kit Com 3 - Biofarm



Avaliar produto

Vendido por **Farmácia Da Vaca**
Entregue por **magalu**
O Magalu garante a sua compra, do pedido à entre

R$ 139,52 no Pix
ou R$ 139,52 em 3x de R$ 46,51 sem juros

Cartão de crédito
sem juros

COMPRAR AGORA

ADICIONAR À SACOLA

Calcular frete e prazo

Informações da Loja

Farmácia Da Vaca
Lojista parceiro Magalu
3.1

Ver mais informações da loja

Entrega Gratuita
Em até 7 dias depois de receber o produto

R$ 139,52 no Pix

Avaliação dos Clientes | Formas de Pagamento | Perguntas e



ORGANOVIT 500ML REGULADOR DO METABOLISMO KIT COM 5

Código: GN59SA22M

Marca: **Biofarm (https://www.farmaciadavaca.com.br/marca/biofarm.html)**

3x de **R$ 68,33**

~~R$ 220,00~~

R$ 205,00

ou R$ 197,82 via Boleto Bancário

COMPRAR(HTTPS://WWW.FARMACIADAVACA.COM.BR/CARRINHO/PRODUTO

1 + -

Disponibilidade: **Imediata**

Aproveite! Restam apenas **9** unidades

(https://api.whatsapp.com/send?

(https://www.farmaciadavaca.com.br/)

...edidos (https://www.... ...a/login)

Meus Pe...
(https://www.... .../conta/pedido/listar)

Minha Co...
(https://www.farmaciadavaca.com.br/conta/index)

O que essa procurando hoje? BUSCAR

Carrinho Clique em finalizar compra para efetuar o seu pedido.

PRODUTO		PREÇO UNITÁRIO	QUANTIDADE	SUBTOTAL	EXCLUIR
 (https://www.farmaciadavaca.com.br/organovit-500ml-regulador-do-metabolismo-kit-com-5)	**Organovit 500ml Regulador Do Metabolismo Kit Com 5 (https://www.farmaciadavaca.com.br/organovit-500ml-regulador-do-metabolismo-kit-com-5)** SKU: GN59SA22M Estoque: Disponível	~~R$ 220,00~~ **R$ 205,00**	− (https://www.farmaciadavaca.com.br/carrinho/produto/88239999/atualizar/1) 2 + (https://www.farmaciadavaca.com.br/carrinho/produto/88239999/atualizar/3)	**R$ 410,00**	(https://www.farmaciadavaca.com.br/carrinho/pro...

Subt...

CALCULE O FRETE: 36414-438 Calcular Não sei meu CEP (https://www.farmaciadavaca.com.br/nao_sei_o_cep/)

- **9 dias úteis** R$ 72,59 Jadlog - .Package
- **10 dias úteis** R$ 77,31 Correios - PAC
- **8 dias úteis** R$ 112,03 Jadlog - .Com
- **6 dias úteis** R$ 145,61 Correios - SEDEX

Faltam R$ 389,00 para obter Frete Grátis.

(https://www.vipcomm.com/saude)

004597

004598

magazinefantasticasite
uma loja parceira do Magalu

Procure por código, nome, mai

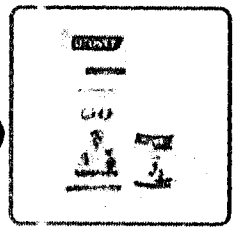
Bem vindo :)
Entre ou
cadastre se

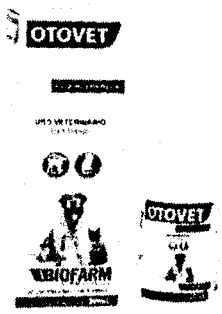
Todos os departamentos | Celulares e Telefones | Informática | TV e Video

Pet Shop > Farmácia > Otovet 20 Ml - Biofarm

Otovet 20 Ml - Biofarm

Código aja53c7g8c | Ver descrição completa | Biofarm





Vendido por **Bragapesca**

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

R$ 29,90 no Pix

Cartão de crédito sem juros	R$ 29,90 1xR$ 29,90

COMPRAR AGORA

ADICIONAR À SACOLA

Calcular frete e prazo

Otovet 20 Ml - Biofarm R$ 29,90 no Pix

Ir ao topo | Descrição Completa

004599

magazinefantasticasite
uma loja parceira do Magalu

Procure por código, nome, mai

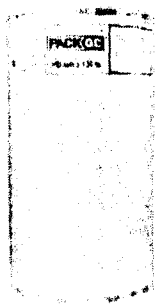
Bem vindo :)
Entre ou
cadastre-se

Todos os departamentos Celulares e Telefones Informática TV e Vídeo

Papel Grau Cirúrgico 300Mm X 100Mts - Packgc - Packgc / Zermatt

Código bfef53d3h9 | Ver descrição completa | Packgc / Zermatt





Vendido e entregue por **Olist Plus**
O Magalu garante a sua compra, do pedido à entrega.
Saiba mais

~~R$ 250,67~~
R$ 238,14 no Pix
(5% de desconto)
ou R$ 250,67 em 5x de R$ 50,13 sem juros

Cartão de crédito sem juros	R$ 250,67 5xR$ 50,13

COMPRAR AGORA

ADICIONAR À SACOLA

Calcular frete e prazo

ORÇAMENTO

Adimax Industria de Comercio de Alimentos LTDA

CNPJ:03.887.324/0001-81 **IE**:602065921117

004600

Nome do Representante Comercial: CLAUDIO DA SILVA

Data e Hora da Emissão: 02/08/2023 15:35

Nome do Cliente: ASSOC PROT DOS ANIM DE R D CONGONHAS

Forma de Pagamento: Pagamento Antecipado

Prazo de Pagamento:

Itens do Pedido

Foto	Nome do Produto	Quantidade	Valor Unitário	Valor Total
	MAGNUS T D SABOR CARNE 20KG	5	R$ 112,16	R$ 560,80
	CAPITAO DOG SABOR CARNE 20KG	4	R$ 84,76	R$ 339,04
	GATAN MIX CARNE E FRANGO 20KG	1	R$ 111,56	R$ 111,56
	MAGNUS T D FILH CARNE 20KG	5	R$ 138,75	R$ 693,75
	MAGNUS CAT AD CARNE 20KG	1	R$ 154,59	R$ 154,59
	Totais:	**16**	**R$ 601,82**	**R$ 1859,74**

004601

COMERCIAL

AGROTERRA

TUDO PARA O SEU ANIMAL
TUDO PARA O SEU QUINTAL

TEL.: (31) 3731-2629
FAX: (31) 3731-1236
Rua Monteiro de Castro, 37 - Centro
Congonhas - MG - CEP 36.415-000
CNPJ: 65.363.889/0001-17
I.E. 180 756 113 00 93
comercialagroterra@hotmail.com

Cliente: _____

Endereço: _____

Telefone: _____ Data: 14/08/23

Quant.	Descrição dos produtos	Valor
01	Capitão dog 20K	104.90
	TOTAL	

004602

Nº _____ _____, _____ de _____ de _____

Nome: _____

End: _____

Cidade: _____ Estado _____

Insc.: CAPITAO N.C CNPJ _____

14KG	89,90		
20KG	119,90		

magazinepaunasvendas
uma loja parceira do Magalu

Procure por código, nome, ma

Bem vindo :)
Entre ou
cadastre-
se

Todos os departamentos Celulares e Telefones Informática TV e Vídeo

Refocina

(cod. magazineluiza.com ja5885dec0)





Vendido por **Valparaisofarmacia**

Entregue por magalu

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

R$ 63,80 no Pix

Cartão de crédito sem juros	R$ 63,80 1xR$ 63,80

COMPRAR AGORA

ADICIONAR À SACOLA

Calcular frete e prazo

Refocina - Refor

R$ 63,80 no Pix

Voltar ao topo Descrição Completa

004604

JD

Pague Menos O que você procura? Ofertas para: **Alterar**

Todas as Categorias | Ofertas | Mamães e bebês | Dermocosméticos | Medicamentos e Saúde | Higiene e Beleza | Monte a sua Lojinha | Coletor menstrual

Medicamentos e Saúde > Oftálmico > Tobradex Colírio 5ml



x

ITEM COM RETENÇÃO DE RECEITA
A compra desse item está sujeita à apresentação, avaliação e retenção da **receita original** pelo farmacêutico na loja.
Ao adicionar esse item na cesta o seu pedido só poderá ser **retirado em loja.**

Tobradex

Tobradex Colírio 5ml

cód.: 9016

004605

~~R$ 44,80~~ 12%OFF

R$ 39,45

- 1 +

COMPRAR

ITEM COM RETENÇÃO DE RECEITA

A compra desse item está sujeita à apresentação, avaliação e retenção da **receita original** pelo farmacêutico na loja.
Ao adicionar esse item na cesta o seu pedido só poderá ser **retirado em loja.**

[illegible]dit o e entregue por Farmácias Pague Menos

[illegible]nformações de entrega

Calcular frete

ok

Não sei meu CEP

004606

O que deseja encontrar?



TOBRADEX TOBRAMICINA 3MG/G + DEXAMETASONA 1MG/G SUSPENSÃO OFTÁLMICA 5ML

Alcon

5ml Suspensão Oftálmica

TOBRAMICINA,DEXAMETASONA

0 r e (0)

Venda sujeita a envio antecipado e/ou retenção da receita médica original

TOBRADEX É UM MEDICAMENTO. SEU USO PODE TRAZER RISCOS. PROCURE UM MÉDICO OU UM FARMACÊUTICO. LEIA A BULA. MEDICAMENTOS PODEM CAUSAR EFEITOS INDESEJADOS. EVITE A AUTOMEDICAÇÃO: INFORME-SE COM O FARMACÊUTICO.

VENDA SOB PRESCRIÇÃO MÉDICA.

Vendido e entregue por Droga Raia

De ~~R$ 45,34~~

Por **R$ 41,79**

Sobre o Produto

Tobradex está indicado nas condições inflamatórias oculares sensíveis a esteroide e onde exista infecção ocular bacteriana superficial ou o risco de infecção ocular bacteriana. Os esteroides oculares são indicados nas condições inflamatórias da conjuntiva palpebral e bulbar, córnea e segmento anterior do globo ocular, onde se aceita o risco inerente ao uso de esteroides em certas conjuntivites infecciosas para se obter diminuição do edema e da inflamação. Tobradex é indicado também na uveíte anterior crônica e traumas corneanos causados por queimaduras químicas, térmicas ou por radiação, e em casos de corpos estranhos. O uso de uma droga associada a um componente anti-infeccioso é indicado onde o risco de infecção superficial ocular é alto ou onde se supõe que um número de bactérias potencialmente perigoso estará presente no olho. A droga anti-infecciosa deste produto é ativa contra os seguintes patógenos oculares comuns. Estafilococos, inclusive S. aureus e S. epidermidis (coagulase-positivos e coagulase-negativos), inclusive cepas resistentes à penicilina. Estreptococos, inclusive algumas espécies do Grupo A beta-hemolíticos, algumas espécies não hemolíticas e algumas cepas de Streptococcus pneumoniae. Pseudomonas aeruginosa, Escherichia coli, Klebsiella pneumoniae, Enterobacter aerogenes, Proteus mirabilis, Morganella morganii e a maioria das cepas de Proteus vulgaris, Haemophilus influenzae e H. aegyptius, Moraxella lacunata e Acinetobacter calcoaceticus e algumas espécies de Neisseria.

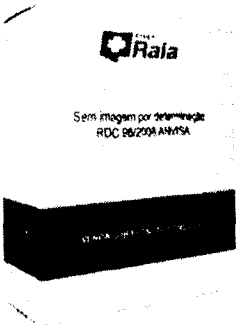
TOBRADEX É UM MEDICAMENTO. SEU USO PODE TRAZER RISCOS. PROCURE UM MÉDICO OU UM FARMACÊUTICO. LEIA A BULA.

Características

Comprar

004607

O que deseja encontrar?



TOBREX TOBRAMICINA 3MG/ML SOLUÇÃO OFTÁLMICA ESTÉRIL 5ML

Alcon

5ml Solução Oftálmica Estéril

TOBRAMICINA

0 de (0)

Venda sujeita a envio antecipado e/ou retenção da receita médica original

TOBREX É UM MEDICAMENTO. SEU USO PODE TRAZER RISCOS. PROCURE UM MÉDICO OU UM FARMACÊUTICO. LEIA A BULA. MEDICAMENTOS PODEM CAUSAR EFEITOS INDESEJADOS. EVITE A AUTOMEDICAÇÃO: INFORME-SE COM O FARMACÊUTICO.

VENDA SOB PRESCRIÇÃO MÉDICA.

Vendido e entregue por Droga Raia

De ~~R$ 37,35~~

Por **R$ 35,99**

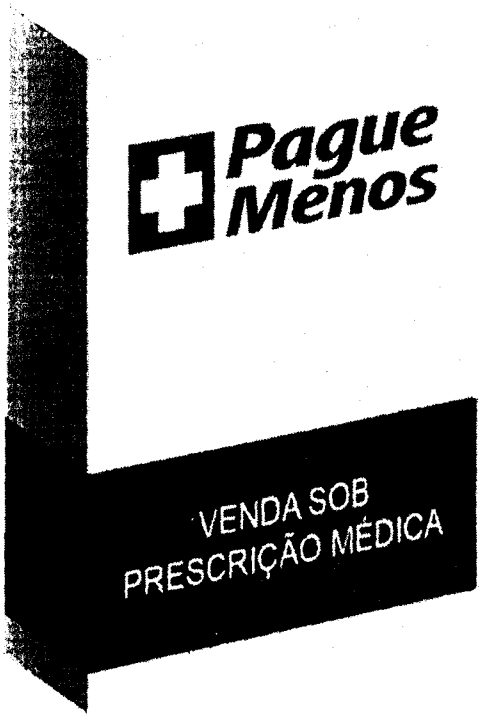
Sobre o Produto

Tobrex é um antibiótico tópico indicado para o tratamento de infecções externas dos olhos e seus anexos, causadas por bactérias sensíveis à tobramicina.

TOBREX É UM MEDICAMENTO. SEU USO PODE TRAZER RISCOS. PROCURE UM MÉDICO OU UM FARMACÊUTICO. LEIA A BULA.

Características

Comprar



x

ITEM COM RETENÇÃO DE RECEITA
A compra desse item está sujeita à apresentação, avaliação e retenção da **receita original** pelo farmacêutico na loja.
Ao adicionar esse item na cesta o seu pedido só poderá ser **retirado em loja.**

Tobrex

Tobrex Solução Ocular 5ml

cód.: 128

~~R$ 36,91~~ 15%OFF

R$ 31,35

\- 1 +

COMPRAR

ITEM COM RETENÇÃO DE RECEITA
A compra desse item está sujeita à apresentação, avaliação e retenção da **receita original** pelo farmacêutico na loja.
Ao adicionar esse item na cesta o seu pedido só poderá ser **retirado em loja.**

[redacted]ndido e entregue por Farmácias Pague Menos

Informações de entrega

Calcular frete

ok

Não sei meu CEP

magazinepaunasvendas
a loja parceira do Magalu

Procure por código, nome, marca.

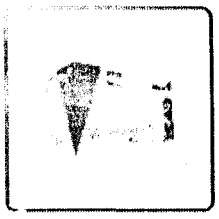
Bem vindo(a)! Entre ou cadastre-se

004610

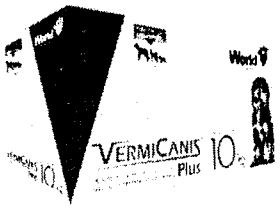
Todos os departamentos | Celulares e Telefones | Informática | TV e Vídeo | Eletrodomésticos

Vermifugo P/ Cães 10kg Vermicanis Plus 800mg World 40 Comp

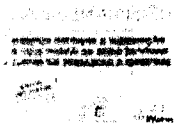
(cod. magazineluiza.com hg912h3751)











Vendido por **Laracoes**

Entregue por **magalu**

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

R$ 24,90 no Pix

Cartão de crédito sem juros	R$ 24,90 **1xR$ 24,90**

COMPRAR AGORA

ADICIONAR À SACOLA

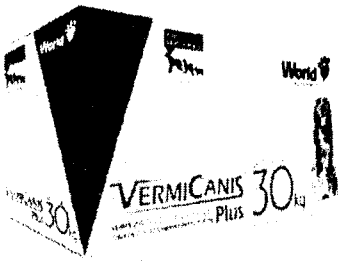
Calcular frete e prazo

004611

Vermífugo Para Cães Vermicanis PLUS 2,4 Gramas - Display Com 20 Comprimidos

(cód. magazineluiza.com bghd3bk1fa)





Vendido por **Tony Pet**

Entregue por **magalu**

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

~~R$ 109,90~~

R$ 87,92 no Pix

(20% de desconto)

ou R$ 109,90 em 2x de R$ 54,95 sem juros

Cartão de crédito sem juros	R$ 109,90 2xR$ 54,95

COMPRAR AGORA

ADICIONAR À SACOLA

Calcular frete e prazo

004612

Ofício nº PARC/020/2023

Congonhas, 9 de outubro 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 ao restante da 7ª, à 8ªe a parte da 9ª parcela repassadas pelo município, em conformidade com o Segundo Termo Aditivoao Termo de Fomento nº. 03/2021.

Atenciosamente.

Wagner Magalhães de Assis

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

Ofício nº PARC/021/2023

Congonhas, 9 de outubro de 2023

À

Diretoria de Convênios

Prefeitura de Congonhas

Eu, Edilene Maria Marcossi, vice-presidenteda 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, solicito maior prazo para responder aos ofícios pendentes.

Como a demanda de trabalho aumentou, solicito prazo maior para responder aos ofícios e para colocar em dia o Relatório de Cumprimento do Objeto. Declaramos que vamos fazer todo o esforço para colocar tudo em dia o mais rápido possível, assim como colocamos em dia a apresentação da prestação de contas, a fim de fecharmos o Segundo Termo Aditivoao Termo de Fomento nº. 03/2021.

Desde já agradeço.

Atenciosamente.

Edilene Maria Marcossi

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

DECLARAÇÃO

Congonhas, 9 de outubro 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

DECLARAÇÃO

Congonhas, 9 de outubro 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", houve ressarcimento de R$21.000,00 no dia28/09/2023 a Edilene Maria Marcossi. O valor de R$21.000,00 ressarcido é o restante do que foi transferido por ela para a conta 3005-5, conforme comprovantes anexados à prestação de contas de março a junho de 2023: R$157,50 no dia 23/03, R$7.756,00 no dia 28/04, R$451,91 no dia 01/05, R$3.500,00 no dia 04/05, R$145,00 no dia 08/05, R$999,95 no dia 08/05, R$331,65 no dia 08/05, R$3.000,00 no dia 09/05, R$1.527,88 no dia 12/05, R$1.800,00 no dia 15/05, R$1.230,07 no dia 15/05, R$525,00 no dia 22/05, R$8.917,70 no dia 31/05, R$12.000,00 no dia 01/06, R$560,77 no dia 21/06, totalizando R$42.903,43, conforme consta do Anexo I.A outra metade (R$21.000,00) foi ressarcida no dia 12/06/2023.

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

DECLARAÇÃO

Congonhas, 9 de outubro 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 apresentaremosna próxima prestação de contas (o PIX foi feito no dia 30/09 mas só foi contabilizado na conta no dia 02/10) o comprovante de depósito de R$115,01na conta 3005-5, da PARC, para ressarcimento das seguintes despesas de setembro:

R$55,00 de tarifas bancárias.

R$17,72 - Magazine Luiza Marketplace – frete.

R$42,29 - juros - Rede Reta Ltda.:NF 000.036.089, de R$1.510,43 e pagamento de R$1.552,72.

Apresentamos o comprovante do valor de R$214,35, referente ao ressarcimento das despesas de julho, que deveria ter sido depositado na conta 3005-5 em agosto, mas foi depositado no dia 06/09/2023.

Apresentamos o comprovante do valor de R$281,60, para ressarcimento das despesas de agosto.

Apresentamos o comprovante de TED no valor de R$55,32 feito por Magazine Luiza S/A.

Esclarecemos que foi pago à empresa J C R Pelegrini o valor de R$1.919,47, no dia 19/09/2023, pelos produtos adquiridos. Na NF 000014514, no valor total consta o valor do frete, pago à parte.

Esclarecemos que fomos à Tributação da prefeitura pedir a emissão das NF's dos funcionários no dia 29/09/2023. Vimos depois que a NF 35496 de Pedro Henrique Vasconcelos Silva, que deveria ter sido emitida no valor de R$1.674,80, foi emitida no valor de R$1.697,60. E constatamos também que as NF's de Lucimar Aparecida Andrade da Cruz, Sabrina Barreto Demarchi Moreira, Pedro Henrique Vasconcelos Silva, Isabella Gonçalves Arruda Barbosa e Lucas Rocha Dias tinham data de 28/09/2023.

Voltamos lá no dia 02/10/2023 e perguntamos sobre esse erro na data das 5 notas. Responderam que foi erro do sistema e que não tinha como consertar. A funcionária constatou que errou no valor ao emitir a nota de Pedro Henrique Vasconcelos Silva e emitiu outra no valor correto, em cuja descrição consta a substituição.

Os itens abaixo não valiam a pena serem adquiridos nas empresas que cotaram o menor preço por causa do frete.

Magazine Médica = cabo de bisturi nº 4 = R$15,61x2 = subtotal de R$31,22 (foram adquiridos a R$16,49 x 2 = R$32,98 / reembolsaremos à conta a diferença de R$1,76) e lâmina de bisturi estéril aço carbono nº 20 c/ 100 =R$30,46 = subtotal de R$30,46 (foram adquiridas a R$0,44 x 100 = R$44,00 (reembolsaremos à conta a diferença de R$13,54).

Maconequi = lâmina de bisturi estéril aço carbono nº 20 = R$0,30 x 100 = total de R$30,00 (foram adquiridas a R$0,44 x 100 = R$44,00 (reembolsaremos à conta a diferença de R$14,00).

A empresa Realpharma Distribuidora de Medicamentos Ltda. havia cotado a Atropina a R$117,00. Porém, ao fecharmos a aquisição, informaram que o preço real era R$124,00. Pedi para alterarem o orçamento mas, como não o fizeram, reembolsaremos à conta o valor de R$7,00.

Edilene Maria Marcossi

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

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

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: SETEMBRO/2023

Prestação de Contas

Parcial	Execução das parcelas nº. 7 (restante), 8 e parte da 9		Final ou Única
Período	01 a 30/09/2023	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%	40,52%	100%	137,50%
	2	Profissionais					
	2.1	2 veterinários - 30h/sem	mês	100%	8,33%	100%	77,62%
	2.2	2 auxiliares	mês	100%	8,39%	100%	79,41%
	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%	9,70%	100%	70,00%
	2.4	1 recepcionista	mês	100%	8,47%	100%	87,28%
	3	Exames	mês	100%	6,98%	100%	30,27%
	4	Combustível	mês	100%	12,93%	100%	83,12%

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	29.177,06	72.000,00	92.344,41
	2	Profissionais					
	2.1	2 veterinários - 30h/sem	mês	144.000,00	12.000,00	144.000,00	99.800,00
	2.2	2 auxiliares	mês	37.800,00	3.174,80	37.800,00	26.829,90
	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	5.300,00	54.600,00	33.681,60
	2.4	1 recepcionista	mês	16.200,00	1.372,80	16.200,00	12.618,80
	3	Exames	mês	30.000,00	2.095,76	30.000,00	6.845,33
	4	Combustível	mês	12.000,00	1.552,72	12.000,00	8.972,08
TOTAL GERAL				366.600,00	54.673,14	366.600,00	281.092,12

Congonhas, 9 de outubro de 2023 .

Executor

Responsável pelo preenchimento

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

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: SETEMBRO/2023

Prestação de Contas

Parcial	Execução das parcelas nº. 7 (restante), 8 e parte da 9		Final ou Única
Período	01 a 30/09/2023	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%	60,00%
	6	Aluguel de uma casa para funcionamen da clínica veterinária	mês	100%	8,10%	100%	64,85%
	7	Recurso para pagamento às clínicas	-	100%	0,00%	100%	103,14%
	8	Veículo (manutenção/seguroi/impostos/ garagem)	-	100%	0,00%	100%	22,98%
	9	Alimento para cães e gatos	-	100%	0,00%	100%	110,32%
	10	Equipamentos/insumos para a clínica	-	100%	0,00%	100%	76,07%

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	12.600,00
	6	Aluguel de uma casa para funcionamen da clínica veterinária	mês	12.000,00	972,90	12.000,00	6.811,33
	7	Recurso para pagamento às clínicas	-	170.000,00	0,00	170.000,00	175.350,00
	8	Veículo (manutenção/seguroi/impostos/ garagem)	-	10.000,00	0,00	10.000,00	2.298,80
	9	Alimento para cães e gatos	-	60.000,00	0,00	60.000,00	60.227,08
	10	Equipamentos/insumos para a clínica	-	30.000,00	0,00	30.000,00	22.824,12
TOTAL GERAL				306.000,00	2.772,90	306.000,00	280.111,33

Congonhas, 9 de outubro de 2023

Executor

Responsável pelo preenchimento

004620

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

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	SET/2023

Prestação de Contas

Parcial	Execução das parcelas nº. 7 (restante), 8 e parte da 9	Final ou Única	
Período	01 a 30/09/2023	Período	____/____/____ a ____/____/____

RECEITA Valores Recebidos Inclusive os Rendimentos		DESPESA Despesas Realizadas Conforme Relação de Pagamentos	
DISCRIMINAÇÃO	VALOR	CREDOR	VALOR
PMC	67.100,00	OXIGÊNIO CENTRAL MINAS DE GASES INDUSTRIAIS E MEDICINAIS LT	145,00
Rendimento líquido (bruto - IR - IOF)	108,39	HEMOLAB LABORATÓRIO DE PATOLOGIA CLÍNICA LTDA.	2.095,76
		GERALDO SOARES DE OLIVEIRA	1.800,00
		MAGAZINE LUIZA MARKETPLACE / NOVA PIAI DE SEPETIBA RAÇÕES LT	499,00
		MAGAZINE LUIZA MARKETPLACE / GRAND MAGASIN SAÚDE E BELEZA	105,87
		DROGARIA PHARMA WELLB LTDA.	555,00
		REDE RETA LTDA.	1.552,72
		J C R PELEGRINI	1.919,47
		KARINE GOULART MAIA	2.450,00
		REALPHARMA DISTRIBUIDORA DE MEDICAMENTOS LTDA. - EPP	2.919,56
		ADMINISTRADORA SANTO ANTÔNIO LTDA.	972,90
		EDILENE MARIA MARCOSSI - ressarcimento por várias transferências	21.000,00
		PIOVETSS COMÉRCIO PET LTDA.	2.033,16
		PABLO WILLIAN SILVA	750,00
		GEZEBEL CONCEIÇÃO SOUZA SILVA	750,00
		LUCIMAR APARECIDA ANDRADE DA CRUZ	1.350,00
		ANA FLÁVIA SILVA BARROS	1.372,80
		SABRINA BARRETO DEMARCHI MOREIRA	1.500,00
		PEDRO HENRIQUE VASCONCELOS SILVA	1.674,80
		ISABELLA GONÇALVES ARRUDA BARBOSA	6.000,00
		LUCAS ROCHA DIAS	6.000,00
TOTAL GERAL	67.208,39		57.446,04

Congonhas, 9 de outubro 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	SETEMBRO/2023

Prestação de Contas

Parcial	Execução das parcelas nº. 7 (restante), 8 e parte da 9	Final ou Única	
Período	01 a 30/09/2023	Período	____/____/____ a ____/____/____

Item	Credor	CNPJ/CPF	Nº. CH/OB	Data CH/OB	Valor	Nº. Nota Fiscal	Data Nota Fiscal	Valor
1	OXIGÊNIO CENTRAL MINAS DE GASES INDUSTRIAIS E MEDICINAIS LTDA	05.444.862/0001-27	20777685015	04/09/2023	145,00	000.045.373	04/09/2023	145,00
2	HEMOLAB LABORATÓRIO DE PATOLOGIA CLÍNICA LTDA.	02.280.664/0001-87	055553519	12/09/2023	2.095,76	202300000013168	04/09/2023	2.095,76
3	GERALDO SOARES DE OLIVEIRA	970.893.626-04	21068173281	12/09/2023	1.800,00	35406	11/09/2023	1.800,00
4	MAGAZINE LUIZA MARKETPLACE / NOVA PIAI DE SEPETIBA RAÇÕES LTDA.	47.960.950/0001-21 04.855.352/0001-80	21128423179	14/09/2023	604,87	9612	15/09/2023	499,00
5	MAGAZINE LUIZA MARKETPLACE / GRAND MAGASIN SAÚDE E BELEZA LTDA.	47.960.950/0001-21	21128423179	14/09/2023	IDEM	061.749	15/09/2023	105,87
6	DROGARIA PHARMA WELLB LTDA.	17.311.946/0002-52	21195826654	16/09/2023	555,00	000059296	18/09/2023	555,00
7	REDE RETA LTDA.	03.156.454/0001-44	062386647	19/09/2023	1.552,72	000.036.089	01/09/2023	1.510,43
8	J C R PELEGRINI	20.273.766/0001-57	21278529160	19/09/2023	1.919,47	000014514	20/09/2023	2.081,95
9	KARINE GOULART MAIA	080.595.427-96	21279573455	19/09/2023	500,00	RECIBO 08	19/09/2023	500,00
10	REALPHARMA DISTRIBUIDORA DE MEDICAMENTOS LTDA. - EPP	05.561.973/0001-13	21321312341	20/09/2023	2.919,56	000.061.385	21/09/2023	2.919,56
11	ADMINISTRADORA SANTO ANTÔNIO LTDA.	20.073.045/0001-01	069208862	26/09/2023	972,90	RECIBO 094256	29/09/2023	972,90
12	EDILENE MARIA MARCOSSI - ressarcimento por várias transferências	513.630.116-34	21560730514	28/09/2023	21.000,00	várias transferências	várias transferênci	21.000,00
13	PIOVETSS COMÉRCIO PET LTDA.	04.487.083/0001-46	21582115215	28/09/2023	2.033,16	358797	29/09/2023	2.033,16
TOTAL					36.098,44			36.218,63

Congonhas, 9 de outubro de 2023

Executor

Responsável pelo preenchimento

0046211

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	SETEMBRO/2023

Prestação de Contas

Parcial	Execução das parcelas nº. 7 (restante), 8 e parte da 9	Final ou Única	
Período	01 a 30/09/2023	Período	____/____/____ a ____/____/____

Item	Credor	CNPJ/CPF	Nº. CH/OB	Data CH/OB	Valor	Nº. Nota Fiscal	Data Nota Fiscal	Valor
14	PABLO WILLIAN SILVA	115.730.646-29	21618018337	29/09/2023	750,00	35497	29/09/2023	750,00
15	GEZEBEL CONCEIÇÃO SOUZA SILVA	128.092.026-21	21618078039	29/09/2023	750,00	35500	29/09/2023	750,00
16	LUCIMAR APARECIDA ANDRADE DA CRUZ	037.262.706-47	21618216006	29/09/2023	1.350,00	35499	29/09/2023	1.350,00
17	ANA FLÁVIA SILVA BARROS	128.104.976-05	21618269534	29/09/2023	1.372,80	35504	29/09/2023	1.372,80
18	SABRINA BARRETO DEMARCHI MOREIRA	059.533.996-42	21618401012	29/09/2023	1.500,00	35498	29/09/2023	1.500,00
19	PEDRO HENRIQUE VASCONCELOS SILVA	136.433.826-26	21618513289	29/09/2023	1.674,80	35545	02/10/2023	1.674,80
20	KARINE GOULART MAIA	080.595.427-96	21618583834	29/09/2023	1.950,00	35502	29/09/2023	1.950,00
21	ISABELLA GONÇALVES ARRUDA BARBOSA	054.869.626-81	21618665062	29/09/2023	6.000,00	35501	29/09/2023	6.000,00
22	LUCAS ROCHA DIAS	124.773.786-19	21619495497	29/09/2023	6.000,00	35503	29/09/2023	6.000,00
					21.347,60			21.347,60

Congonhas, 9 de outubro de 2023

Executor

Responsável pelo preenchimento

0046622

004623

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

ANEXO I

Conciliação Bancária

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

PROJETO/AÇÃO

TRATAMENTO E CASTRAÇÃO DOS ANIMAIS DE RUA E DE PESSOAS DE BAIXA RENDA

Prestação de Contas

Parcial	Exec. das parcelas nº. 7 (restante), 8 e parte da 9	Final ou Única	
Período	01 a 30/09/2023	Período	__ / ____ / ____ a ____ / ____ / __

CONTA CORRENTE	BANCO	AGÊNCIA
3005-5	104	1044

Valores em R$

CRÉDITO	
SALDO ANTERIOR	6.975,68
DEPÓSITO PMC	67.100,00
DEPÓSITO ENTIDADE	495,95
RENDIMENTO LÍQUIDO DE APLICAÇÃO FINANCEIRA (rendimento bruto - IR - IOF)	108,39
OUTROS - DEVOLUÇÃO MAGAZINE LUIZA S/A	55,32
TOTAL CRÉDITO	74.735,34

DÉBITO	
TARIFAS BANCÁRIAS	55,00
OPERAÇÕES BANCÁRIAS/TRANSFERÊNCIAS ELETRÔNICAS	57.446,04
OUTROS	
TOTAL DÉBITO	57.501,04

SALDO ATUAL (CRÉDITO - DÉBITO)	DATA DO SALDO =	30/09/2023	17.234,30
DESPESAS PENDENTES		VALOR	
SALDO APÓS COMPENSAÇÃO DAS DESPESAS PENDENTES			17.234,30

Congonhas, 9 de outubro de 2023

Executor

Responsável pelo preenchimento

CAIXA

Extrato por período

Cliente: ASSOC PROT ANIMAIS RUA CONGONHAS

Conta: 1044 | 003 | 00003005-5

Data: 02/10/2023 - 15:53

Mês: Setembro/2023

Período: 1 - 30

Extrato

Data Mov.	Nr. Doc.	Histórico	Valor	Saldo
	000000	SALDO ANTERIOR	0,00	0,00
01/09/2023	000000	SALDO DIA		0,00 C
04/09/2023	040940	ENVIO PIX	145,00 D	145,00 D
04/09/2023	727220	RESG AUTOM	145,00 C	0,00 C
04/09/2023	000000	SALDO DIA		0,00 C
05/09/2023	000000	SALDO DIA		0,00 C
06/09/2023	061023	CRED PIX	214,35 C	214,35 C
06/09/2023	000000	SALDO DIA		214,35 C
08/09/2023	000000	SALDO DIA		214,35 C
11/09/2023	000000	SALDO DIA		214,35 C
12/09/2023	548399	APLICACAO	34.045,94 D	33.831,59 D
12/09/2023	121527	CRED TEV	33.550,00 C	281,59 D
12/09/2023	121203	CRED PIX	281,60 C	0,01 C
12/09/2023	553519	PAG BOLETO	2.095,76 D	2.095,75 D
12/09/2023	121756	ENVIO PIX	1.800,00 D	3.895,75 D
12/09/2023	727220	RESG AUTOM	3.895,75 C	0,00 C
12/09/2023	000000	SALDO DIA		0,00 C
13/09/2023	000000	SALDO DIA		0,00 C
14/09/2023	141708	ENVIO PIX	604,87 D	604,87 D
14/09/2023	727220	RESG AUTOM	604,87 C	0,00 C
14/09/2023	000000	SALDO DIA		0,00 C
15/09/2023	000000	SALDO DIA		0,00 C
18/09/2023	161721	ENVIO PIX	555,00 D	555,00 D
18/09/2023	727220	RESG AUTOM	555,00 C	0,00 C
18/09/2023	000000	SALDO DIA		0,00 C
19/09/2023	386647	PAG BOLETO	1.552,72 D	1.552,72 D
19/09/2023	191703	ENVIO PIX	1.919,47 D	3.472,19 D
19/09/2023	191732	ENVIO PIX	500,00 D	3.972,19 D

19/09/2023	727220	RESG AUTOM	3.972,19 C	0,00 C
19/09/2023	000000	SALDO DIA		0,00 C
20/09/2023	201936	ENVIO PIX	2.919,56 D	2.919,56 D
20/09/2023	727220	RESG AUTOM	2.919,56 C	0,00 C
20/09/2023	000000	SALDO DIA		0,00 C
21/09/2023	000000	SALDO DIA		0,00 C
22/09/2023	000000	SALDO DIA		0,00 C
25/09/2023	000000	MANUT CTA	55,00 D	55,00 D
25/09/2023	727220	RESG AUTOM	55,00 C	0,00 C
25/09/2023	000000	SALDO DIA		0,00 C
26/09/2023	699074	APLICACAO	32.577,09 D	32.577,09 D
26/09/2023	261651	CRED TEV	33.550,00 C	972,91 C
26/09/2023	208862	PAG BOLETO	972,90 D	0,01 C
26/09/2023	000000	SALDO DIA		0,01 C
27/09/2023	000000	SALDO DIA		0,01 C
28/09/2023	000341	CRED TED	55,32 C	55,33 C
28/09/2023	280853	ENVIO PIX	21.000,00 D	20.944,67 D
28/09/2023	281859	ENVIO PIX	2.033,16 D	22.977,83 D
28/09/2023	727220	RESG AUTOM	22.977,83 C	0,00 C
28/09/2023	000000	SALDO DIA		0,00 C
29/09/2023	291801	ENVIO PIX	750,00 D	750,00 D
29/09/2023	291802	ENVIO PIX	750,00 D	1.500,00 D
29/09/2023	291805	ENVIO PIX	1.350,00 D	2.850,00 D
29/09/2023	291806	ENVIO PIX	1.372,80 D	4.222,80 D
29/09/2023	291809	ENVIO PIX	1.500,00 D	5.722,80 D
29/09/2023	291811	ENVIO PIX	1.674,80 D	7.397,60 D
29/09/2023	291813	ENVIO PIX	1.950,00 D	9.347,60 D
29/09/2023	291814	ENVIO PIX	6.000,00 D	15.347,60 D
29/09/2023	291832	ENVIO PIX	6.000,00 D	21.347,60 D
29/09/2023	727220	RESG AUTOM	21.347,60 C	0,00 C
29/09/2023	000000	SALDO DIA		0,00 C

Lançamentos do Dia

Data Mov.	Nr. Doc.	Histórico	Valor	Saldo
02/10/2023	301731	CRED PIX	115,01 C	115,01 C
02/10/2023	021350	PAG BOLETO	4.734,46 D	4.619,45 D

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

CAIXA

Extrato Fundo de Investimento

Para simples verificação

Nome da Agência	Código	Operação	Emissão
CONGONHAS, MG	1044	0088	02/10/2023

Fundo	CNPJ do Fundo	Início das Atividades do Fundo
CAIXA FACIL RENDA FIXA SIMPLES	05.114.716/0001-33	24/02/2003

Rentabilidade do Fundo

No Mês(%)	No Ano(%)	Nos Últimos 12 Meses(%)	Cota em: 31/08/2023	Cota em: 29/09/2023
0,8260	8,4151	11,3743	4,151847	4,186141

Administradora

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

Cliente

Nome	CPF/CNPJ	Conta Corrente	Mês/Ano	Folha
ASSOC PROT ANIMAIS RUA CONGONHAS	07.766.906/0001-60	003 .000030055	09/2023	01/02

Análise do Perfil do Investidor	Data da Avaliação

Resumo da Movimentação

Histórico	Valor em R$	Qtde de Cotas
[redacted]o Anterior	6.975,68C	1.680,137113
Aplicações	66.623,03C	15.967,730712
Resgates	56.472,80D	13.530,879006
Rendimento Bruto no Mês	220,70C	
IRRF	21,40D	
IOF	90,91D	
Taxa de Saída	0,00	
Saldo Bruto*	17.234,30C	4.116,988820
Resgate Bruto em Trânsito*	0,00	

(*) Valor sujeito à tributação, conforme legislação em vigor

Movimentação Detalhada

Data	Histórico	Valor R$	Qtde de Cotas
04 / 09	RESGATE	145,00D	34,976960
	IRRF	0,34D	
	IOF	0,00	
12 / 09	APLICACAO	34.045,94C	8.176,287858
12 / 09	RESGATE	3.895,75D	938,214748
	IRRF	10,96D	
	IOF	0,00	
14 / 09	RESGATE	604,87D	145,576813
	IRRF	1,81D	
	IOF	0,00	
18 / 09	RESGATE	555,00D	133,487960
	IRRF	1,76D	
	IOF	0,00	
[redacted]09	RESGATE	3.972,19D	954,244369
	IRRF	6,07D	
	IOF	3,46D	
20 / 09	RESGATE	2.919,56D	700,778872
	IRRF	0,44D	
	IOF	5,32D	
25 / 09	RESGATE	55,00D	13,191770
	IRRF	0,02D	
	IOF	0,11D	
26 / 09	APLICACAO	32.577,09C	7.791,442853

Dados de Tributação	Rendimento Base	IRRF
	175,99	21,40

Informações ao Cotista

Serviço de Atendimento ao Cotista

SAC:	Endereço para Correspondência:
0800 726 0101	Caixa Postal 72624, São Paulo/SP CEP: 01405-001
Ouvidoria:	Endereço Eletrônico:
0800 725 7474	https://www1.caixa.gov.br/atendimento/telefones_da_caixa.asp
	Acesse o site da CAIXA: www.caixa.gov.br

004627

CAIXA

Extrato Fundo de Investimento

Para simples verificação

Nome da Agência	Código	Operação	Emissão
CONGONHAS, MG	1044	0088	02/10/2023

Fundo	CNPJ do Fundo	Início das Atividades do Fundo
CAIXA FACIL RENDA FIXA SIMPLES	05.114.716/0001-33	24/02/2003

Rentabilidade do Fundo

No Mês(%)	No Ano(%)	Nos Últimos 12 Meses(%)	Cota em: 31/08/2023	Cota em: 29/09/2023
0,8260	8,4151	11,3743	4,151847	4,186141

Administradora

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

Cliente

Nome	CPF/CNPJ	Conta Corrente	Mês/Ano	Folha
ASSOC PROT ANIMAIS RUA CONGONHAS	07.766.906/0001-60	003 .000030055	09/2023	02/02

Análise do Perfil do Investidor	Data da Avaliação

Resumo da Movimentação

Histórico	Valor em R$	Qtde de Cotas
Saldo Anterior	6.975,68C	1.680,137113
Aplicações	66.623,03C	15.967,730712
Resgates	56.472,80D	13.530,879006
Rendimento Bruto no Mês	220,70C	
IRRF	21,40D	
IOF	90,91D	
Taxa de Saída	0,00	
Saldo Bruto*	17.234,30C	4.116,988820
Resgate Bruto em Trânsito*	0,00	

(*) Valor sujeito à tributação, conforme legislação em vigor

Movimentação Detalhada

Data	Histórico	Valor R$	Qtde de Cotas
28 / 09	RESGATE	22.977,83D	5.503,608267
	IRRF	0,00	
	IOF	51,84D	
29 / 09	RESGATE	21.347,60D	5.106,799242
	IRRF	0,00	
	IOF	30,18D	

Dados de Tributação	Rendimento Base	IRRF
	175,99	21,40

Informações ao Cotista

Acesse o site da CAIXA e conheça os E-FUNDOS : os fundos da CAIXA com movimentações exclusivamente pelo Internet Banking CAIXA e com taxas de administração inferiores às praticadas pelo mercado. Com os E-FUNDOS CAIXA você tem excelentes opções de investimento ao alcance de suas mãos, de acordo com seu perfil.
Um jeito prático de investir, da comodidade da sua casa!

Prezado(a) Cotista, compareça à sua agência de relacionamento e cadastre ou atualize seu endereço de e-mail.

Serviço de Atendimento ao Cotista

SAC:	Endereço para Correspondência:
0800 726 0101	Caixa Postal 72624, São Paulo/SP CEP: 01405-001
Ouvidoria:	Endereço Eletrônico:
0800 725 7474	https://www1.caixa.gov.br/atendimento/telefones_da_caixa.asp
Acesse o site da CAIXA: www.caixa.gov.br	

004628

JB

Comprovante de Pix enviado

CAIXA

Valor	Data
R$ 145,00	**04/09/2023** 09:40:43

Pix realizado com sucesso!

Dados do recebedor

Nome

OXIGENIO CENTRAL MINAS DE GASES INDUSTRIAIS E MEDICINAIS LTDA

CNPJ

05.444.862/0001-27

Instituição

BANCO DO BRASIL S.A.

Dados do pagador

Nome

ASSOC PROT ANIMAIS RUA CONGONHAS

CNPJ

07.766.906/0001-60

Instituição

CAIXA ECONÔMICA FEDERAL

autorizadores

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

Dados da transação

Valor

R$ 145,00

Data/Hora

04/09/2023 - 09:40:43

ID transação

E00360305202309041226c6a482c4f67

Código da operação

20777685015

Chave de segurança

6540XPUPR7TVM81Z

Chave Pix

05444862000127

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

2ª Via - Comprovante Boleto

CAIXA

Valor	Data
R$ 2.095,76	**12/09/23** 17:51

Operação realizada com sucesso!

Informações gerais

Banco recebedor

CAIXA ECONÔMICA FEDERAL

Representação numérica do código de barras

34191570070000945142891483390000494720000209576

Instituição emissora - nome do banco

ITAU UNIBANCO S.A.

Código do banco

341

Código ISPB

60701190

Histórico do pagamento

PG BLOQTO

Beneficiário original / Cedente

Nome fantasia

HEMOLAB LAB PATOL CLIN LTDA

Nome / Razão social

HEMOLAB LAB PATOL CLIN LTDA

CPF / CNPJ

02.280.664/0001-87

Pagador sacado

Nome / Razão social

PARC ASSOC PROT ANIMAIS

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

13/09/2023

Data da Efetivação / Agendamento

12/09/2023

Valor nominal do boleto

2.095,76

Juros (R$)

0,00

Desconto (R$)

0,00

IOF (R$)

0,00

Abatimento (R$)

0,00

Multa (R$)

0,00

Valor calculado (R$)

2.095,76

Código da operação

055553519

Chave de segurança

YKRQ3LEE03WAL8AE

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

004631

Comprovante de Pix enviado

CAIXA

Valor	Data
R$ 1.800,00	**12/09/2023** 17:56:28

Pix realizado com sucesso!

Dados do recebedor

Nome

GERALDO SOARES DE OLIVEIRA

CPF

[redacted]**893.626-****

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-****

[redacted]

Dados da transação

Valor

R$ 1.800,00

Data/Hora

12/09/2023 - 17:56:28

ID transação

E00360305202309121956 9c528062d62

Código da operação

21068173281

Chave de segurança

CYCH1F10ZXEV6EJJ

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.

004632

Comprovante de Pix enviado

CAIXA

Valor	Data
R$ 604,87	**14/09/2023** 17:08:06

Pix realizado com sucesso!

Dados do recebedor

Nome

Magazine Luiza Marketplace

CNPJ

47.[redacted]950/0001-21

Instituição

HUB PAGAMENTOS

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 da transação

Valor

R$ 604,87

Data/Hora

14/09/2023 - 17:08:06

ID transação

E00360305202309141957 21f696b6dfc

Identificador

f9d57b8636744741ae435743332c8f5e

Código da operação

21128423179

Chave de segurança

HG96UP6HML22PMCE

Chave Pix

1b476e35-4982-4932-b876-252e614e6b93

Caso tenha dúvidas ou não reconheça esta

004633

Comprovante de Pix enviado

CAIXA

Valor	Data
R$ 555,00	**16/09/2023** 17:21:41

Pix realizado com sucesso!

Dados do recebedor

Nome

DROGARIA PHARMA WELLB LTDA

CNPJ

17[redacted].946/0002-52

Instituição

BCO SANTANDER (BRASIL) S.A.

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 da transação

Valor

R$ 555,00

Data/Hora

16/09/2023 - 17:21:41

ID transação

E00360305202309161818ddaef0d1490

Código da operação

21195826654

Chave de segurança

YYY1N6990WXF4629

Chave Pix

17311946000252

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

004634

Comprovante de Pagamento de Boleto

CAIXA

Valor	Data
R$ 1.552,72	**19/09/2023** 17:02:35

Informações

Banco Recebedor
CAIXA ECONÔMICA FEDERAL

Representação numérica do código de barras
34191.81494 63067.353159
33799.080008 3 94780000155272

Instituição emissora - Nome do Banco
ITAU UNIBANCO S.A.

Código do Banco	Código ISPB
341	**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 Fantasia
ASS. PROT. ANIMAIS DE RUA CONG

CPF / CNPJ
07.[redacted].906/0001-60

Pagador Final - Correntista

Nome / Razão social
ASSOC PROT ANIMAIS RUA CONGONHAS

CPF / CNPJ
07.766.906/0001-60

Data da Efetivação/ Agendamento
19/09/2023

Valor nominal do boleto
1.552,72

Juros (R$)	Desconto (R$)
0,00	**0,00**
IOF (R$)	Abatimento (R$)
0,00	**0,00**
Multa (R$)	Valor calculado (R$)
0,00	**1.552,72**

Código da operação
062386647

Chave de segurança
Y7R6S0JCP40TXU4C

004635

Comprovante de Pix enviado

CAIXA

Valor	Data
R$ 1.919,47	**19/09/2023** 17:03:43

Pix realizado com sucesso!

Dados do recebedor

Nome

J C R PELEGRINI

CNPJ

20.[redacted]766/0001-57

Instituição

ITAÚ UNIBANCO S.A.

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 da transação

Valor

R$ 1.919,47

Data/Hora

19/09/2023 - 17:03:43

ID transação

E00360305202309191929b1255b95bc5

Código da operação

21278529160

Chave de segurança

Y9LWZL8U4LE7TX57

Chave Pix

nfe@kajavet.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.

004636

Comprovante de Pix enviado

CAIXA

Valor	Data
R$ 500,00	**19/09/2023** 17:32:10

Pix realizado com sucesso!

Dados do recebedor

Nome

KARINE GOULART MAIA

CPF

*****.5[redacted]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

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

Dados da transação

Valor

R$ 500,00

Data/Hora

19/09/2023 - 17:32:10

ID transação

E00360305202309192029e423a6c2ce5

Código da operação

21279573455

Chave de segurança

4CSG573K3UG7FUG2

Chave Pix

karinejosemaia@gmail.com

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

004637

Comprovante de Pix enviado

CAIXA

Valor	Data
R$ 2.919,56	**20/09/2023** 19:36:07

Pix realizado com sucesso!

Dados do recebedor

Nome

REALPHARMA DISTRIBUIDORA DE MEDICAMENTOS LTDA EPP

CNPJ

05.561.973/0001-13

Instituição

ITAÚ UNIBANCO S.A.

Dados do pagador

Nome

ASSOC PROT ANIMAIS RUA CONGONHAS

CNPJ

07.766.906/0001-60

Instituição

CAIXA ECONÔMICA FEDERAL

CPFs autorizadores

*****.[redacted]116-**, ***.178.263-****

Dados da transação

Valor

R$ 2.919,56

Data/Hora

20/09/2023 - 19:36:07

ID transação

E00360305202309201855933d3df3f92

Código da operação

21321312341

Chave de segurança

MPLJZL1V75KRWSEU

Chave Pix

05561973000113

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

004638

Comprovante de Pagamento de Boleto

CAIXA

Valor	Data
R$ 972,90	**26/09/2023** 13:07:18

Informações

Banco Recebedor
CAIXA ECONÔMICA FEDERAL

Representação numérica do código de barras
10493.91731 55000.100044 44510.092370 2 94880000097290

Instituição emissora - Nome do Banco
CAIXA ECONOMICA FEDERAL

Código do Banco	Código ISPB
104	**00360305**

Beneficiário original/ Cedente

Nome Fantasia
ADMINISTRADORA SANTO ANTONIO LTDA

Nome / Razão social
ADMINISTRADORA SANTO ANTONIO LTDA

CPF / CNPJ
20.073.045/0001-01

Pagador Sacado

Nome Fantasia
ASSOCIACAO PROTETORES DOS ANIM

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 da Efetivação/ Agendamento
26/09/2023

Valor nominal do boleto
972,90

Juros (R$)	Desconto (R$)
0,00	**0,00**
IOF (R$)	Abatimento (R$)
0,00	**0,00**
Multa (R$)	Valor calculado (R$)
0,00	**972,90**

Código da operação
069208862

Chave de segurança
EHFTJ7TCK3RQY7T7

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

Em caso de dúvidas entre em contato através dos

004639

Comprovante de Pix enviado

CAIXA

Valor	Data
R$ 21.000,00	**28/09/2023** 08:53:44

Pix realizado com sucesso!

Dados do recebedor

Nome

EDILENE MARIA MARCOSSI

CPF

*****.630.116-****

Instituição

ITAÚ UNIBANCO S.A.

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

Valor

R$ 21.000,00

Data/Hora

28/09/2023 - 08:53:44

ID transação

E00360305202309281150dc00a5a06bb

Código da operação

21560730514

Chave de segurança

H98QEY3YECF7R5X8

Chave Pix

51363011634

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

004640

Comprovante de Pix enviado

CAIXA

Valor	Data
R$ 2.033,16	**28/09/2023** 18:59:35

Pix realizado com sucesso!

Dados do recebedor

Nome

PIOVETSS COMERCIO PET LTDA

CNPJ

04.487.083/0001-46

Instituição

BCO BRADESCO S.A.

Dados do pagador

Nome

ASSOC PROT ANIMAIS RUA CONGONHAS

CNPJ

07.766.906/0001-60

Instituição

CAIXA ECONÔMICA FEDERAL

CPFs autorizadores

*****8.263-**, ***.630.116-****

Dados da transação

Valor

R$ 2.033,16

Data/Hora

28/09/2023 - 18:59:35

ID transação

E00360305202309282138c5c7d6f7a7e

Código da operação

21582115215

Chave de segurança

KZLW5AV58GYEQ8QT

Chave Pix

04487083000146

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

004641

Comprovante de Pix enviado

CAIXA

Valor	Data
R$ 750,00	**29/09/2023** 18:01:15

Pix realizado com sucesso!

Dados do recebedor

Nome

Pablo Willian Silva

CPF

*****.730.646-****

Instituição

NU PAGAMENTOS S.A.

Dados do pagador

Nome

ASSOC PROT ANIMAIS RUA CONGONHAS

CNPJ

07.766.906/0001-60

Instituição

CAIXA ECONÔMICA FEDERAL

CPFs autorizadores

*****.030.116-**, ***.178.263-****

Dados da transação

Valor

R$ 750,00

Data/Hora

29/09/2023 - 18:01:15

ID transação

E00360305202309291947a1f95d7cacf

Código da operação

21618018337

Chave de segurança

GA455AX4RY2K7VW4

Chave Pix

11573064629

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

004642

Comprovante de Pix enviado

CAIXA

Valor	Data
R$ 750,00	**29/09/2023** 18:02:41

Pix realizado com sucesso!

Dados do recebedor

Nome

Gezebel Conceição Souza Silva

CPF

*****.092.026-****

Instituição

NU PAGAMENTOS S.A.

Dados do pagador

Nome

ASSOC PROT ANIMAIS RUA CONGONHAS

CNPJ

07.766.906/0001-60

Instituição

CAIXA ECONÔMICA FEDERAL

CPFs autorizadores

*****.030.116-**, ***.178.263-****

Dados da transação

Valor

R$ 750,00

Data/Hora

29/09/2023 - 18:02:41

ID transação

E00360305202309291946O4a502c59c7

Código da operação

21618078039

Chave de segurança

PRRZMLUWMEUJHZ5S

Chave Pix

12809202621

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

004643

Comprovante de Pix enviado

CAIXA

Valor	Data
R$ 1.350,00	**29/09/2023** 18:05:22

Pix realizado com sucesso!

Dados do recebedor

Nome

LUCIMAR APARECIDA ANDRADE DA CRUZ

CPF

*****.262.706-****

Instituição

BANCO DO BRASIL S.A.

Dados do pagador

Nome

ASSOC PROT ANIMAIS RUA CONGONHAS

CNPJ

07.766.906/0001-60

Instituição

CAIXA ECONÔMICA FEDERAL

CPF autorizadores

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

Dados da transação

Valor

R$ 1.350,00

Data/Hora

29/09/2023 - 18:05:22

ID transação

E00360305202309291943ee5b56910ab

Código da operação

21618216006

Chave de segurança

RWC0JPE7G7ZY62V3

Chave Pix

+5531981201892

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

004644

Comprovante de Pix enviado

CAIXA

Valor	Data
R$ 1.372,80	**29/09/2023** 18:06:40

Pix realizado com sucesso!

Dados do recebedor

Nome
ANA FLAVIA SILVA BARROS

CPF
*****.104.976-****

Instituição
BANCO INTER

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

Valor
R$ 1.372,80

Data/Hora
29/09/2023 - 18:06:40

ID transação
E00360305202309291938 20acef1b42f

Código da operação
21618269534

Chave de segurança
KHEZ0EAQJX7EGG57

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: 4004 0104 (Capitais e Regiões

004645

Comprovante de Pix enviado

CAIXA

Valor	Data
R$ 1.500,00	**29/09/2023** 18:09:26

Pix realizado com sucesso!

Dados do recebedor

Nome

Sabrina Barreto Demarchi Moreira

CPF

*****.533.996-****

Instituição

NEON PAGAMENTOS S.A. IP

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

Valor

R$ 1.500,00

Data/Hora

29/09/2023 - 18:09:26

ID transação

E00360305202309291941f84c2ce3878

Código da operação

21618401012

Chave de segurança

9FA3LQKJZLZ44CGS

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: 4004 0104 (Capitais e Regiões

Comprovante de Pix enviado

CAIXA

Valor	Data
R$ 1.674,80	**29/09/2023** 18:11:54

Pix realizado com sucesso!

Dados do recebedor

Nome

Pedro Henrique Vasconcelos Silva

CPF

*****.433.826-****

Instituição

NU PAGAMENTOS S.A.

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

Valor

R$ 1.674,80

Data/Hora

29/09/2023 - 18:11:54

ID transação

E00360305202309291940058908715 32

Código da operação

21618513289

Chave de segurança

XPXZNE6G3JU5M7KL

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.

Comprovante de Pix enviado

CAIXA

Valor	Data
R$ 1.950,00	**29/09/2023** 18:13:28

Pix realizado com sucesso!

Dados do recebedor

Nome

KARINE GOULART MAIA

C[redacted]

*****.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

[redacted]**.630.116-**, ***.178.263-****

Dados da transação

Valor

R$ 1.950,00

Data/Hora

29/09/2023 - 18:13:28

ID transação

E00360305202309291944 2e811cbd4d8

Código da operação

21618583834

Chave de segurança

WYX6SZH2F7RHXN8Z

Chave Pix

karinejosemaia@gmail.com

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

Comprovante de Pix enviado

CAIXA

Valor	Data
R$ 6.000,00	**29/09/2023** 18:14:35

Pix realizado com sucesso!

Dados do recebedor

Nome

ISABELLA GONCALVES ARRUDA BARBOSA

CPF

*****.869.626-****

Instituição

BCO SANTANDER (BRASIL) S.A.

Dados do pagador

Nome

ASSOC PROT ANIMAIS RUA CONGONHAS

CNPJ

07.766.906/0001-60

Instituição

CAIXA ECONÔMICA FEDERAL

CPF [redacted]orizadores

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

Dados da transação

Valor

R$ 6.000,00

Data/Hora

29/09/2023 - 18:14:35

ID transação

E00360305202309291936O6eef62d9b7

Código da operação

21618665062

Chave de segurança

EQQKC1N7KG7X948L

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 de Pix enviado

CAIXA

Valor	Data
R$ 6.000,00	**29/09/2023** 18:32:00

Pix realizado com sucesso!

Dados do recebedor

Nome

Lucas Rocha Dias

CPF

*****.773.786-****

Instituição

NU PAGAMENTOS S.A.

Dados do pagador

Nome

ASSOC PROT ANIMAIS RUA CONGONHAS

CNPJ

07.766.906/0001-60

Instituição

CAIXA ECONÔMICA FEDERAL

CPFs autorizadores

*****.278.263-**, ***.630.116-****

Dados da transação

Valor

R$ 6.000,00

Data/Hora

29/09/2023 - 18:32:00

ID transação

E00360305202309291935 5eaf4e94369

Código da operação

21619495497

Chave de segurança

JT6083Q24CFK54KQ

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.

004650

transferência realizada

R$ 214,35
valor transferido via Pix

para
Parc
00360305 Caixa Economica Federal
ag 1044 | conta 000000030055
cnpj 07.766.906/0001-60

de
Edilene Maria Marcossi
341 Itaú Unibanco S.A
ag 3153 | conta 0000506-5
cpf *.630.116-****

realizada em
06/09/2023 às 10:23:10

via
App Itaú

ID da transação
E60701190202309061323412212 9
1932

ver detalhes >

Itaú

comprovante de transferência Pix por dados da conta

nome
EDILENE MARIA MARCOSSI

cpf
***.630.116-**

instituição
ITAÚ UNIBANCO S.A

tipo de conta
CONTA_CORRENTE

agência
3153

conta
00506-5

valor
R$ 281,60

origem
via

nome favorecido
PARC

documento favorecido
07.766.906/0001-60

instituição favorecido
CAIXA ECONOMICA FEDERAL

agência favorecido
1044

conta favorecido
00000003005-5

tipo conta favorecido
CONTA_CORRENTE

pix realizado em 12/09/2023 às 12:03:48 via Celular

ID da transação
E60701190202309121503344283759 31

autenticação digital Itaú
52E6601FCA67A52F4AB35BA5AFD3 E90E2C7F99BA

informações importantes

- Em caso de dúvidas, de posse do comprovante, contate seu gerente ou Central no 4004 4828 (capitais e regiões metropolitanas) ou 0800 970 428 (demais localidades). Reclamações, informações e cancelamentos: SAC 0800 728 0728, 24 horas por dia, ou Fale conosco: www.itau.com.br. Se não ficar satisfeito com a solução, contate a Ouvidoria: 0800 570 0011, em dias úteis, das 9h às 18h. Deficiente auditivo/fala: 0800 722 1722.

Consulta de TED Recebida

TED Recebida	
Tipo de TED:	STR0008R2
Banco remetente:	341
Agência e Conta do remetente:	0155/000000000415-3
Nome do remetente 1:	MAGAZINE LUIZA S A
CPF/CNPJ do rementente 1:	47960950000121
Valor (R$):	55,32
Finalidade:	Credito em Conta
Data:	28/09/2023

RECEBEMOS DE OXIGENIO CENTRAL MINAS DE GASES INDUSTRIAIS E MED OS PRODUTOS CONSTANTES NA NOTA FISCAL INDICADA AO LADO. EMISSÃO: 04/09/2023 10:28 VALOR 145,00
DESTINATÁRIO ASSOCIACAO PROTETORES DOS ANIMAIS DE RUA DE (2200902600267) - R DELFINA SANTOS CORREA 173, CRISTO REI, 36414-438 - CONGONHAS-MG

004653

DATA DE RECEBIMENTO	IDENTIFICAÇÃO E ASSINATURA DO RECEBEDOR

NF-e
Nº 000.045.373
SÉRIE: 1

OXIGÊNIO CENTRAL MINAS

OXIGENIO CENTRAL MINAS DE GASES INDUSTRIAIS E MED

RUA NARCISO JUNIOR 75
LOJA A E B - CAMPO ALEGRE
CONSELHEIRO LAFAIETE - MG
CEP: 36400-114 FONE: (0xx31)3762-1525

DANFE

DOCUMENTO AUXILIAR DE NOTA FISCAL ELETRÔNICA

0 - ENTRADA
1 - SAÍDA [1]

Nº 000.045.373
SÉRIE 1
FOLHA 1 / 1

CONTROLE DO FISCO

CHAVE DE ACESSO
3123 0905 4448 6200 0127 5500 1000 0453 7315 3444 9278

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	131235560170117 EM 05/09/2023 ÀS 15:58

INSCRIÇÃO ESTADUAL	INSCRIÇÃO ESTADUAL DO SUBST. TRIBUT.	CNPJ / CPF
1832558700076		05.444.862/0001-27

DESTINATÁRIO / REMETENTE

NOME / RAZÃO SOCIAL	CNPJ / CPF	DATA DA EMISSÃO
ASSOCIACAO PROTETORES DOS ANIMAIS DE RUA DE (2200902600267)	07.766.906/0001-60	04/09/2023 10:28

ENDEREÇO	BAIRRO / DISTRITO	CEP	DATA DA SAÍDA
R DELFINA SANTOS CORREA 173	CRISTO REI	36414-438	04/09/2023

MUNICÍPIO	FONE / FAX	UF	INSCRIÇÃO ESTADUAL	HORA DA SAÍDA
CONGONHAS	(0xx31)9442-6931	MG		10:28

FATURA / DUPLICATA

001 05/09/2023 145,00

CALCULO DO IMPOSTO

BASE DE CALCULO DO ICMS	VALOR DO ICMS	BASE DE CALCULO DO ICMS ST	VALOR DO ICMS SUBSTITUIÇÃO	VALOR TOTAL DOS PRODUTOS
145,00	26,10	0,00	0,00	145,00

VALOR DO FRETE	VALOR DO SEGURO	DESCONTO	OUTRAS DESPESAS ACESSÓRIAS	VALOR TOTAL DO IPI	VALOR TOTAL DOS IMPOSTOS	VALOR TOTAL DA NOTA
0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	51,61	145,00

TRANSPORTADOR / VOLUMES TRANSPORTADOS

NOME / RAZÃO SOCIAL	FRETE POR CONTA	CÓDIGO ANTT	PLACA DO VEICULO	UF	CNPJ CPF
	9-Sem Ocorrência de Transporte				

ENDEREÇO	MUNICÍPIO	UF	INSCRIÇÃO ESTADUAL

QUANTIDADE	ESPÉCIE	MARCA	NÚMERO	PESO BRUTO	PESO LIQUIDO

DADOS DOS PRODUTOS / SERVIÇOS

CÓDIGO	DESCRIÇÃO DOS PRODUTOS / SERVIÇOS	NCM/SH	CST	CFOP	UND	QTDE	VALOR UNITÁRIO	VALOR TOTAL	DESCTO	B.CALC.ICMS	VALOR ICMS	VALOR ICMS ST	VALOR IPI	ALÍQUOTAS ICMS	ALÍQUOTAS IPI	VALOR IMPOSTO
000468	OXIGENIO MEDICINAL	73110000	000	5102	UN	1	145,00	145,00	0,00	145,00	26,10	0,00	0,00	18,00	0,00	51,61

CALCULO DO ISSQN

INSCRIÇÃO MUNICIPAL	VALOR TOTAL DOS SERVIÇOS	BASE DE CALCULO DO ISSQN	VALOR DO ISSQN
	0,00	0,00	0,00

DADOS ADICIONAIS

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

Trib aprox R$ 25,51 Federal e R$ 26,10 Estadual
Fonte: IBPT/empresometro.com.br MG C07872
DOCUMENTO EMITIDO POR ME OU EPP OPTANTE PELO SIMPLES NACIONAL. PERMITE O APROVEITAMENTO DE CREDITO DE ICMS NO VALOR CONFORME O CAMPO VALOR ICMS CORRESPONDENTE A ALIQUOTA DE 3,41% NOS TERMOS DO ARTIGO 23 DA LC 123/2006. VENCIMENTO 30 DIAS. O NAO RECEBIMENTO DO BOLETO BANCARIO, NAO DESOBRIGA O PAGAMENTO NO VENCIMENTO. RETIRE A SEGUNDA VIA EM WWW.SICOOB.COM.BR. DECLARO QUE OS PRODUTOS PERIGOSOS ESTAO ADEQUADAMENTE CLASSIFICADOS, EMBALADOS, IDENTIFICADOS E ESTIVADOS PARA SUPORTAR OS RISCOS DAS OPERACOES DE TRANSPORTE QUE ATENDEM AS EXIGENCIAS DA REGULAMENTACAO RESOLUCAO 5.232/2016 DA ANTT.
PIX-

RESERVADO AO FISCO

Powered by Intelidata - Uniplus Starter Edition

004654

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
202300000013168
Código de Verificação
TDVYHP6EG

NOTA FISCAL ELETRÔNICA DE SERVIÇO - NFS-e

Data da Emissão: 04/09/2023 | Competência: Set/2023 | Natureza Operação: 1 - Tributação no município
Número do RPS / Lote: | Situação Tributária ISSQN: Normal | Local da Prestação: Conselheiro Lafaiete
Regime Especial de Tributação: | Optante do Simples Nacional: Não

Dados do Prestador de Serviço

Razão Social/Nome: HEMOLAB LABORATORIO DE PATOLOGIA CLINICA LTDA
Nome Fantasia: HEMOLAB MEDICINA LABORATORIAL
CPF/CNPJ: 02.280.664/0001-87 Inscrição Municipal: 123775 Município: Conselheiro Lafaiete/MG Cep: 36400-110
Endereço: AV av Professor Manoel Martins, 236, Sem compl., Campo Alegre
Telefone: (31) 3764-6000 e-mail: contasareceber@hemolab.com.br 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: 316661 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
	EXAMES LABORATORIAIS	2.233,1000	1,00	2.233,1000	2.233,10x3,00	66,99

Descrição do serviço
Análises clínicas, patologia, eletricidade médica, radioterapia, quimioterapia, ultra-sonografia, ressonância magnética, radiologia, tomografia e congêneres.

CNAE
8640-2/02 - Laboratórios clínicos

Retenções Federais

PIS/PASEP:	COFINS:	INSS:	IR:	CSLL:	Outras retenções:
R$ 14,52	R$ 66,99	R$ 0,00	R$ 33,50	R$ 22,33	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	2.233,10	66,99

Valor bruto = R$ 2.233,10 **Valor líquido = R$ 2.095,76**

Outras Informações

Esta NFS-e foi emitida com respaldo nas leis 20/2009 e 101/2017.
Situação desta NFS-e: Normal

Valor aproximado do tributo federal - R$ 300,35 (13,45%), estadual - R$ 0,00 (0,00%), municipal - R$ 58,51 (2,62%) , com base na Lei 12.741/2012 e no Decreto 8.264/2014 - Fonte: IBPT

004655

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

Nº: 35406

Data de Emissão: 11/09/2023

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 — MG

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

004656

Chave de Acesso	Número NF-e	Versão
33-2309-04.855.352/0001-80-55-001-000.009.612-181.276.836-7	9612	4.00

Dados da NF-e

Modelo	Série	Número	Data de Emissão	Data/Hora de Saída ou da Entrada	Valor Total da Nota Fiscal
55	1	9612	15/09/2023 12:34:32-03:00	15/09/2023 12:34:32-03:00	499,00

Emitente

CNPJ	Nome / Razão Social	Inscrição Estadual	UF
04.855.352/0001-80	Nova Piai de Sepetiba Racoes LTDA	77324674	RJ

Destinatário

CNPJ	Nome / Razão Social	Inscrição Estadual	UF
07.766.906/0001-60	Assoc. Protetores dos Animais de Rua de Congonhas		MG
Destino da operação	**Consumidor final**		**Presença do Comprador**
2 - Operação Interestadual	1 - Consumidor final		2 - Operação pela internet

Emissão

Processo	Versão do Processo	Tipo de Emissão	Finalidade
0 - com aplicativo do Contribuinte	Bling 1.0	1 - Normal	1 - Normal
Natureza da Operação	**Tipo da Operação**	**Forma de Pagamento**	***Digest* Value da NF-e**
Venda Loja Nova Piai	1 - Saída		AFGdUniifScQxce6WfYpF9Qun40=

Situação Atual: AUTORIZADA (Ambiente de autorização: produção)

Eventos da NF-e	Protocolo	Data Autorização	Data Inclusão AN
Autorização de Uso	333230200228389	15/09/2023 às 12:34:32-03:00	15/09/2023 às 12:37:25

Dados do Emitente

Nome / Razão Social	Nome Fantasia
Nova Piai de Sepetiba Racoes LTDA	NP Pet Store
CNPJ	**Endereço**
04.855.352/0001-80	Estrada do Piai, 6269 loja C
Bairro / Distrito	**CEP**
Sepetiba	23530-610
Município	**Telefone**
3304557 - Rio de Janeiro	(21)3305-2148
UF	**País**
RJ	1058 - Brasil
Inscrição Estadual	**Inscrição Estadual do Substituto Tributário**
77324674	
Inscrição Municipal	**Município da Ocorrência do Fato Gerador do ICMS**

004657

	3304557
CNAE Fiscal	Código de Regime Tributário
	1 - Simples Nacional

Dados do Destinatário

Nome / Razão Social		
Assoc. Protetores dos Animais de Rua de Congonhas		
CNPJ	Endereço	
07.766.906/0001-60	Rua Delfina Santos Correa, 173 RUA EM OBRAS	
Bairro / Distrito	CEP	
Cristo Rei	36414-438	
Município	Telefone	
3118007 - Congonhas		
UF	País	
MG	1058 - Brasil	
Indicador IE	Inscrição Estadual	Inscrição SUFRAMA
09 - Não Contribuinte, que pode ou não possuir Inscrição Estadual no Cadastro de Contribuintes do ICMS		
IM	E-mail	

Dados dos Produtos e Serviços

Num.	Descrição	Qtd.	Unidade Comercial	Valor(R$)
1	CERENIA SOLUCAO INJETAVEL - ANTIEMETICO - ZOETIS - 1 FRASCO DE 20ML - 20ML	1,0000	un	499,00

Código do Produto	Código NCM	Código CEST
UI-COQL-AH05	30049099	1300100
Indicador de Escala Relevante	CNPJ do Fabricante da Mercadoria	Código de Benefício Fiscal na UF
S - Produzido em Escala Relevante;		
Código EX da TIPI	CFOP	Outras Despesas Acessórias
	6404	
Valor do Desconto	Valor Total do Frete	Valor do Seguro

Indicador de Composição do Valor Total da NF-e		
1 - O valor do item (vProd) compõe o valor total da NF-e (vProd)		
Código EAN Comercial	Unidade Comercial	Quantidade Comercial
SEM GTIN	un	1,0000
Código EAN Tributável	Unidade Tributável	Quantidade Tributável
SEM GTIN	un	1,0000
Valor unitário de comercialização	Valor unitário de tributação	
499,0000000000	499,0000000000	
Número do pedido de compra	Item do pedido de compra	Valor Aproximado dos Tributos
	1	156,94
Número da FCI		

ICMS Normal e ST

Origem da Mercadoria	Código de Situação da Operação		
0 - Nacional	500 - ICMS cobrado anteriormente por substituição tributária (substituído) ou por antecipação		
Valor da BC do ICMS ST retido	Alíquota suportada pelo Consumidor Final	Valor do ICMS próprio do Substituto	Valor do ICMS ST retido
0,00	0,00		0,00
Valor da Base de Cálculo do FCP retido anteriormente	Percentual do FCP retido anteriormente por ST	Valor do FCP retido anteriormente por ST	Percentual de redução da base de cálculo efetiva
Valor da base de cálculo efetiva	Alíquota do ICMS efetiva	Valor do ICMS efetivo	

PIS

CST
07 - Operação Isenta da Contribuição

COFINS

CST
07 - Operação Isenta da Contribuição

Totais

ICMS

Base de Cálculo ICMS	Valor do ICMS	Valor do ICMS Desonerado	Valor Total do FCP
0,00	0,00	0,00	0,00
Valor Total ICMS FCP	Valor Total ICMS Interestadual UF Destino	Valor Total ICMS Interestadual UF Rem.	Base de Cálculo ICMS ST
			0,00
Valor ICMS Substituição	Valor Total do FCP retido por ST	Valor Total do FCP retido anteriormente por ST	
0,00	0,00	0,00	
Valor total da quantidade tributada do ICMS monofásico próprio		Valor total do ICMS monofásico próprio	
Valor total da quantidade tributada do ICMS monofásico sujeito a retenção		Valor total do ICMS monofásico sujeito a retenção	
Valor total da quantidade tributada do ICMS monofásico retido anteriormente		Valor total do ICMS monofásico retido anteriormente	
Valor Total dos Produtos	Valor do Frete	Valor do Seguro	Valor Total dos Descontos
499,00	0,00	0,00	0,00
Valor Total do II	Valor Total do IPI	Valor Total do IPI Devolvido	Valor do PIS
0,00	0,00	0,00	0,00
Valor da COFINS	Outras Despesas Acessórias	Valor Total da NFe	Valor Aproximado dos Tributos
0,00	0,00	499,00	156,94

Dados do Transporte

Modalidade do Frete

004659

9 - Sem Ocorrência de Transporte

Formas de Pagamento

Ind. Forma de Pagamento.	Meio de Pagamento	Descrição do Meio de Pagamento	Valor do Pagamento
	1 - Dinheiro		499,00

Tipo de Integração Pagamento	CNPJ da Credenciadora	Bandeira da operadora	Número de autorização

Troco

Informações do Intermediador

CNPJ do Interemediador	Identificador cadastrado no Intermediador
17.948.578/0001-77	nova piai

Informações Adicionais

XSLT: v4.0.6h

Formato de Impressão DANFE
1 - DANFE normal, retrato

Informações Complementares de Interesse do Contribuinte

Descrição
Total aproximado de tributos: R$ 156,94 (31,45%) Federais R$ 67,12 (13,45%) Estaduais R$ 89,82 (18,00%) . Fonte IBPT. PROCON - Av Rio Branco 25 - 151 - ALERJ - R da Alfandega 8 - 0800 282 7060

Informações do Intermediador da Operação

CNPJ do Intermediador	Identificador Cadastrado no Intermediador
17948578000177	nova piai

Dados de Nota Fiscal Avulsa

CNPJ	
Repartição Fiscal do Emitente	Matrícula do Funcionário
Nome do Funcionário	Fone / Fax
UF	Número do Documento Arrecadação
Valor Total do Documento Arrecadação	Data de Emissão do Documento Arrecadação
Data do Pagamento do Documento Arrecadação	

DANFE SIMPLIFICADO

CHAVE DE ACESSO

35230944265655000167550040000617491377082120

PROTOCOLO DE AUTORIZAÇÃO DE USO

135231544369980 - 15/09/2023 16:32:32

1 - Saída **NÚMERO** 061.749 **SÉRIE** 4 **EMISSÃO**: 15/09/2023

EMITENTE

GRAND MAGASIN SAUDE E BELEZA LTDA
12240000 SÃO JOSÉ DOS CAMPOS - SP
CPF/CNPJ 44.265.655/0001-67 IE: 125343941110

DESTINATÁRIO

ASSOC. PROTETORES DOS ANIMAIS DE RUA DE CONGONHAS
DELFINA SANTOS CORREA, 173 - /RUA EM OBRAS RUA EM OBRAS. BAIRRO CRISTO REI. 36.414-458
CONGONHAS - MG
CPF/CNPJ 07.766.906/0001-60 IE:

CÓD.	DESCRIÇÃO	UN	QTD	V.UNIT	V.TOTAL
790466	Nutralife Intensiv 300 Gr Vetnil Suplemento P/ Caes E Gatos	UN	1,00	88,15	88,15

TOTAL DA NFE: 105,87

TRANSPORTADOR / VOLUMES TRANSPORTADOS

Loggi CPF/CNPJ

DADOS ADICIONAIS

Tributos aproximados: R$ 11,86 (Federal) e R$ 15,87 (Estadual). Fonte: IBPT 6042E8
Ref. ao pedido número ORDDSVZ5EMT0TF2T
Nº Pedido: 94475

DROGARIA PHARMA WELLB LTDA

CNPJ: 17311946000252 IE.:0020720470102
RUA MONTEIRO DE CASTRO, 43 , CENTRO CONGONHAS
3137312388
Número:000059296 Série: 001

DANFE NFC-e - Documento Auxiliar
da Nota Fiscal de Consumidor Eletrônica
Não permite aproveitamento de crédito de ICMS
EMISSÃO NORMAL

CHAVE DE ACESSO

3123 0917 3119 4600 0252 6500 1000 0592 9610 5929 6182
Protocolo de Autorização: 131230562320676

* Descr.: Cod	Qtde	UN	R$ Unit	R$ Total
1 TRAXONOL 100MG C/ 15CPS CB:1378				
B000363	30	UN	99.76	2992.80
Desconto (81.46%)	R$ 2437.80		Liq.:	555.00

Qtd. Total de itens	30
Valor Total Bruto	2992.80
Valor Descontos Sobre Itens	2437.80
Valor Liquido	555.00

Forma Pagto:

PIX	555.00

CONSUMIDOR

ASSOCIACAO PROTETORES DOS ANIMAIS DE RUA DE CO
ONHAS

TOTAL DE IMPOSTOS PAGOS : R$ 0.00
PV : 4567 ATENDE : KERLEY
MAQUINA : 1 CHVCLI00009A08575CHVCLI
EMPRESA: CARTAO FIDELIDADE
CLIENTE: ASSOCIACAO PROTETORES DOS ANIMAIS DE
CNPJ/CPF: 07766906000160
RUA DA SAUDADE , 22

VOCE ECONOMIZOU EM DESCONTOS R$ 2437.80
PRCOM R. BENEDITO QUINTINO,191 CENTRO
CONGONHAS MG, 36415000

Data de emissão: 18/09/2023 14:31:05

Consulte pela chave de acesso em
https://portalsped.fazenda.mg.gov.br/portalnfce/sistema/qrcode.xhtml?

004662

Recebemos de REDE RETA LTDA os produtos e/ou serviços constantes da Nota Fiscal Eletrônica indicada ao lado.
Emissão: 01/09/2023 Dest/Reme: ASSOCIACAO PROTETORES DOS ANIMAIS DE RUA DE CONGON Valor Total: 1.510,43

DATA DO RECEBIMENTO	IDENTIFICAÇÃO E ASSINATURA DO RECEBEDOR

NF-e
Nº 000.036.089
Série 002

REDE RETA LTDA

Av. Julia Kubitscheck, 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 000.036.089
SÉRIE 002
FOLHA 1/1

CHAVE DE ACESSO
3123 0903 1564 5400 0144 5500 2000 0360 8919 3493 3170

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	131235554919541

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	01/09/2023
ENDEREÇO	BAIRRO / DISTRITO		CEP	DATA DA SAÍDA
RUA DA SAUDADE, 022	CENTRO		36410-080	01/09/2023
MUNICÍPIO	UF	TELEFONE / FAX	INSCRIÇÃO ESTADUAL	HORA DA SAÍDA
CONGONHAS	MG	99442-6931		14:29:34

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	551,19 (36,49 %)	1.510,43

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	1.510,43

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 LÍQUIDO	BASE DE CÁLC. ICMS	VALOR ICMS	VALOR IPI	ALIQ % ICMS	ALIQ % IPI
127	ELAYON 5 W 40	27101932	060	5929	UN	5,0000	40,00	9,30	200,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
257	FILTRO FAP 2219	84219999	060	5929	UN	1,0000	30,00	0,00	30,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
1007	GASOLINA COMUM	27101259	060	5929	LT	90,7807	5,29	0,00	480,23	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
1007	GASOLINA COMUM	27101259	060	5929	LT	135,3603	5,69	0,00	770,20	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
2022	FILTRO WO 545	84212300	060	5929	UN	1,0000	30,00	0,00	30,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00

DADOS ADICIONAIS

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES	RESERVADO AO FISCO
Trib. Aprox.: R$: 195,79 (Fed), R$ 355,40 (Est), R$ 0,00 (Mun) - Fonte: IBPT/empre - 6042E8 NFC-e: 318845, 439714, 442207, 442550, 447255, 449735.	

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

DATA E HORA DA IMPRESSÃO: 01/09/2023 14:29:38

004663

RECEBEMOS DE J C R PELEGRINI OS PRODUTOS / SERVIÇOS CONSTANTES DA NOTA FISCAL INDICADO AO LADO EMISSÃO: 20/09/2023 - DEST. / REM.: ASSOCIACAO PROTETORES DOS ANIMAIS DE RUA DE CONGONHAS - VALOR TOTAL: R$ 2.081,95		NF-e Nº 000014514 SÉRIE 001
DATA DE RECEBIMENTO	IDENTIFICAÇÃO E ASSINATURA DO RECEBEDOR	

IDENTIFICAÇAO DO EMITENTE	DANFE	
J C R PELEGRINI RUA ITALIA, 380 - SINIBALDI - CEP:15084-050 - SAO JOSE DO RIO PRETO - SP TEL: (17)3305-5218 http://megaonline.com.br/	**DOCUMENTO AUXILIAR DA NOTA FISCAL ELETRÔNICA** 0 - ENTRADA 1 - SAÍDA [1] **Nº 000014514** fl. 1 /1 SÉRIE 001	CHAVE DE ACESSO 3523 0920 2737 6600 0157 5500 1000 0145 1410 0097 1464 Consulta de autenticidade no portal nacional da NF-e www.nfe.fazenda.gov.br/portal ou no site da Sefaz Autorizadora

NATUREZA DE OPERAÇÃO	PROTOCOLO DE AUTORIZAÇÃO DE USO
VENDA FORA ESTADO PF E PJ NAO CONTRIBUINTE DO ICMS	135231571681333 20/09/2023 08:58:26

INSCRIÇÃO ESTADUAL	INSCRIÇÃO ESTADUAL DO SUBST. TRIB.	CNPJ / CPF
647867896112		20.273.766/0001-57

DESTINATÁRIO / REMETENTE

NOME / RAZÃO SOCIAL			CNPJ / CPF	DATA DA EMISSÃO
ASSOCIACAO PROTETORES DOS ANIMAIS DE RUA DE CONGONHAS			07.766.906/0001-60	20/09/2023
ENDEREÇO	BAIRRO / DISTRITO		CEP	DATA SAÍDA / ENTRADA
RUA DELFINA SANTOS CORREA, 173	CRISTO REI		36414-438	20/09/2023
MUNICÍPIO	FONE / FAX	UF	INSCRIÇÃO ESTADUAL	HORA DA SAÍDA
CONGONHAS	(31)9442-6931	MG		08:56:14

FATURA

NÚMERO	VALOR ORIGINAL	VALOR DESCONTO	VALOR LÍQUIDO
DADOS DA FATURA 014514	2.081,95	0,00	2.081,95

DUPLICATAS

Nº DUPLICATA	VENC.	VALOR	Nº DUPLICATA	VENC.	VALOR	Nº DUPLICATA	VENC.	VALOR	Nº DUPLICATA	VENC.	VALOR
001	20/09/2023	2.081,95									

CÁLCULO DO IMPOSTO

BASE DE CÁLCULO DO ICMS	VALOR DO ICMS	BASE CÁLC. ICMS SUBST.	VALOR DO ICMS SUBST.	VALOR TOTAL DOS PRODUTOS
1.843,98	77,18	0,00	0,00	1.919,47

VALOR DO FRETE	VALOR DO SEGURO	DESCONTO	OUTRAS DESP. ACESS.	VALOR DO IPI	VALOR TOTAL DA NOTA
162,48	0,00	0,00	0,00	0,00	2.081,95

TRANSPORTADOR / VOLUMES TRANSPORTADOS

RAZÃO SOCIAL	FRETE POR CONTA	CÓDIGO ANTT	PLACA DO VEÍCULO	UF	CNPJ / CPF
BRAPRESS	0 - REMETENTE				20.273.766/0001-57
ENDEREÇO	MUNICÍPIO			UF	INSCRIÇÃO ESTADUAL
	SAO JOSE DO RIO PRETO			SP	

QUANTIDADE	ESPÉCIE	MARCA	NUMERAÇÃO	PESO BRUTO	PESO LÍQUIDO
4				41,840	41,840

DADOS DO PRODUTO / SERVIÇOS

CÓDIGO DO PROD. / SERV.	DESCRIÇÃO DO PRODUTO / SERVIÇO	NCM / SH	CST	CFOP	UNID.	QUANT.	VALOR UNITÁRIO	VALOR DESCONTO	VALOR LÍQUIDO	BASE CÁLC. ICMS	VALOR I.C.M.S.	VALOR I.P.I.	ALÍQUOTAS ICMS	ALÍQUOTAS IPI
0001963	CABO P/ BISTURI No 4 - ABC	90189029	200	6108	UN	2,0000	16,49	0,00	32,98	35,77	1,43	0,00	4,00	0,00
0000687	D-500 INJ. 50 ML - ZOETIS	30049019	020	6108	FR KG	2,0000 0,1000	19,70 394,00	0,00	39,40	42,74	5,13	0,00	12,00	0,00
0000627	EQUIPO MACRO GOTAS C/ INJETOR LAT. 1,50 MT	90189010	200	6108	UN	1.000,0000	1,08	0,00	1.080,00	1.171,42	46,86	0,00	4,00	0,00
0002760	ISOFORINE 240 ML - CRISTALIA	30049099	200	6108	FR	1,0000	470,78	0,00	470,78	510,63	20,42	0,00	4,00	0,00
0002427	LAMINA DE BISTURI ACO CARBONO N. 20 - SOLIDOR	90189029	200	6108	UN	100,0000	0,44	0,00	44,00	47,72	1,91	0,00	4,00	0,00
0000584	MERCEPTON INJ. 100 ML - BRAVET	30045090	200	6108	UN KG	1,0000 0,1000	32,91 329,10	0,00	32,91	35,70	1,43	0,00	4,00	0,00
0001000	RINGER C/ LACTATO 1000 ML - JP	30049099	240	6108	LT	20,0000	10,97	0,00	219,40	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00

DADOS ADICIONAIS

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES	RESERVADO AO FISCO
Tributo aproximado R$329,99 (17,19%) Federal, R$230,34 (12,00%) Estadual, R$0,00 (0,00%) Municipal - Fonte: IBPT B357E1 Cod. Cliente. 09322. Vendedor: 00026-NILTON JR. Vlr. ICMS Destino: 288,04 Vlr. ICMS Remetente: 0,00 Vlr. ICMS FCP: 0,00	

RECIBO 08

Eu, Karine Goulart Maia, portadora do CPF 080.595.427-96, declaro que recebi da Associação Protetores dos Animais de Rua de Congonhas – PARC o valor de R$500,00 (quinhentos reais) no dia 19/09/2023, como adiantamento de salário referente aos serviços prestados por mim no canil/gatil.

Declaro ainda que não foi emitida nota fiscal.

Congonhas, 19 de setembro de 2023

Karine Goulart Maia

Karine Goulart Maia

REALPHARMA DISTRIBUIDORA DE MEDICAMENTOS LTDA

R ARISTIDES FRANCISCO PINTO, 800
Bairro: SANTA MATILDE
CONS. LAFAIETE - MG - 36405-172
Fone: (31)3762-0774 Fax: (31)3762-0444
realpharma@gmail.com

REALPHARMA DISTRIBUIDORA

Alv. Sanit.: Venc.: 23/05/2024 Aut. Esp.: 1.10.146-1
Lic. Func.: Venc.: 07/12/2023

DANFE

DOCUMENTO AUXILIAR DA NOTA FISCAL ELETRÔNICA

0-ENTRADA
1-SAÍDA **1**

Nº **000.061.385**
SÉRIE:**1**
FOLHA:**1 / 2**

CHAVE DE ACESSO **004665**
3123 0905 5619 7300 0113 5500 1000 0613 8519 9840 3410

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
VENDA DE MERC. ADQUIRIDA OU REC.	**131235583410711 - 21/09/2023 07:26:02**

INSCRIÇÃO ESTADUAL	INSCRIÇÃO ESTADUAL DO SUBST. TRIBUT.	CNPJ / CPF
1832375460068		05.561.973/0001-13

DESTINATÁRIO/REMETENTE

NOME / RAZÃO SOCIAL	CÓDIGO	CNPJ/CPF	DATA DA EMISSÃO
ASSOCIACAO PROTETORES DOS ANIMAIS DE RUA DE CONGONHAS	003132	07.766.906/0001-60	21/09/2023 07:24

ENDEREÇO	BAIRRO/DISTRITO	CEP	DATA DA ENTRADA/SAÍDA
R DELFINA SANTOS CORREA, 173	CRISTO REI	36.414-438	21/09/2023 07:24:55

MUNICÍPIO	FONE/FAX	UF	INSCRIÇÃO ESTADUAL	HORA SAÍDA
CONGONHAS	(31) 94426931	MG		07:24

FATURA	FATURA 1	FATURA 2	FATURA 3	FATURA 4	FATURA 5	FATURA 6	FATURA 7	FATURA 8	FATURA 9	FATURA 10	FATURA 11	FATURA 12	FATURA 13	FATURA 14	FATURA 15
N[redacted]O:	061385-1/1														
VENCIMENTO:	21/10/2023														
VALOR:	2.919,56														

CÁLCULO DO IMPOSTO

BASE DE CÁLCULO	VALOR DO ICMS	BASE DE CÁLCULO ICMS ST	VALOR DO ICMS SUBSTITUIÇÃO	VALOR TOTAL DOS PRODUTOS
77,55	13,96	0,00	0,00	2.919,56

VALOR DO FRETE	VALOR DO SEGURO	DESCONTO	OUTRAS DESPESAS ACESSÓRIAS	VALOR TOTAL DO IPI	VALOR TOTAL DA NOTA
0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	2.919,56

TRANSPORTADOR/VOLUMES TRANSPORTADOS

NOME/RAZÃO SOCIAL	FRETE POR CONTA	CÓDIGO ANTT	PLACA DO VEÍCULO	UF	CNPJ/CPF
TRANSPORTE PRÓPRIO	0 - Remetente (CIF)				

ENDEREÇO	MUNICÍPIO	UF	INSCRIÇÃO ESTADUAL

QUANTIDADE	ESPÉCIE	MARCA	NÚMERO	PESO BRUTO	PESO LIQUÍDO
2					

DADOS DOS PRODUTOS/SERVIÇOS

CÓDIGO PRODUTO	DESCRIÇÃO DOS PRODUTOS/SERVIÇOS	PMC	NCM/SH	CST	CFOP	UN	QUANT.	VALOR UNIT.	VLR TOTAL BRUTO	VALOR DESC.	BC ICMS	VALOR ICMS	VALOR ST	ALIQ. ICMS	ALIQ. IPI
004214	+AGULHA 25MM X 0,70 (22G) - CX C/100 - DESCARPACK LT: SAGAAA146C Val: 31/10/2026 Qtd: 2	0	90183219	060	5405	CX	2,00	10,540000	21,08		0,00	0,00		0	,00
006842	ATROPINA 0,25MG/ML - CX C/100 AMP 1ML - ATROFARMA - FARMACE LT: AT23E032 Val: 30/05/2025 Qtd: 100	0	30039099	060	5405	AM	100,00	1,240000	124,00		0,00	0,00		0	,00
007086	*FENTANILA 0,05MG/ML - CX C/50 AMP 10ML - GENÉRICO - HIPOLABOR - A1 LT: AS-034/22M Val: 30/04/2024 Qtd: 1	0	30049099	060	5405	CX	1,00	400,000000	400,00		0,00	0,00		0	,00
005335	+LUVA CIRURGICA ESTERIL 7,0 - DESCARPACK LT: 2ACTAA003C Val: 31/08/2027 Qtd: 150 LT: 2ACTAA007C Val: 30/11/2027 Qtd: 550	0	40151200	060	5405	PAR	700,00	1,960000	1.372,00		0,00	0,00		0	,00
012778	+LUVA DE PROCEDIMENTO TAM M C/100 - PROFISSIONAL - DESCARPACK LT: 2LXTAA009M Val: 31/01/2028 Qtd: 5	0	40151900	000	5102	CX	5,00	15,510000	77,55		77,55	13,96		18	,00
009356	MANITOL 20% 250ML - FRASCO - CX C/40 - JP IND.FARMACEUTICA S/A LT: 9016 23 Val: 13/07/2025 Qtd: 5	0	30049099	060	5405	FR	5,00	10,350000	51,75		0,00	0,00		0	,00
012217	*PROPOFOL 10MG/ML - CX C/05 FR 20ML - PROVIVE - UNIÃO QUÍMICA - C1 LT: A0F0038A Val: 31/12/2023 Qtd: 4 LT: A0F0472A Val: 30/06/2024 Qtd: 1	0	30049095	060	5405	CX	5,00	52,120000	260,60		0,00	0,00		0	,00
004923	LIDOCAINA 2% C/VASO - CX C/10AMP 20ML - XYLESTESIN - CRISTÁLIA LT: 23010699 Val: 30/07/2024 Qtd: 13	0	30049043	060	5405	AM	13,00	12,380000	160,94		0,00	0,00		0	,00
004535	*MORFINA 10MG/ML - CX C/50 AMP 1ML -	0	30044990	060	5405	CX	2,00	225,820000	451,64		0,00	0,00		0	,00

DADOS ADICIONAIS

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES	RESERVADO AO FISCO
Valor aproximado dos tributos; Aliquota Federal 13,45% e Aliquota Estadual 18%, e o código A5G7R1. Conforme Fonte IBPT. Número(s) do(s) Pedido(s): 075824 Trib. Aprox. R$:325,20 Federal e R$:0,00 Estadual Fonte: IBPT . Alvará do cliente: 000 Validade: 23/12/2023	

REALPHARMA DISTRIBUIDORA DE MEDICAMENTOS LTDA

R ARISTIDES FRANCISCO PINTO, 800
Bairro: SANTA MATILDE
CONS. LAFAIETE - MG - 36405-172
Fone: (31)3762-0774 Fax: (31)3762-0444
realpharma@gmail.com

REALPHARMA
DISTRIBUIDORA

Alv. Sanit.: Venc.: 23/05/2024 Aut. Esp.: 1.10.146-1
Lic. Func.: Venc.: 07/12/2023

DANFE
DOCUMENTO AUXILIAR DA NOTA FISCAL ELETRÔNICA

0-ENTRADA
1-SAÍDA **1**

Nº **000.061.385**
SÉRIE:**1**
FOLHA:**2 / 2**

CHAVE DE ACESSO
3123 0905 5619 7300 0113 5500 1000 0613 8519 9840 3410

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
VENDA DE MERC. ADQUIRIDA OU REC.	**131235583410711 - 21/09/2023 07:26:02**

INSCRIÇÃO ESTADUAL	INSCRIÇÃO ESTADUAL DO SUBST. TRIBUT.	CNPJ / CPF
1832375460068		05.561.973/0001-13

DADOS DOS PRODUTOS/SERVIÇOS

CÓDIGO PRODUTO	DESCRIÇÃO DOS PRODUTOS/SERVIÇOS	PMC	NCM/SH	CST.	CFOP	UN	QUANT.	VALOR UNIT.	VLR TOTAL BRUTO	VALOR DESC.	BC ICMS	VALOR ICMS	VALOR ST	ALIQ.	
														ICMS	IPI
	DIMORF - CRISTÁLIA - A1 LT: 23040025 Val: 01/04/2025 Qtd: 2														

004667

ADMINISTRADORA SANTO ANTÔNIO LTDA

ASA imóveis

ADMINISTRADORA SANTO ANTÔNIO LTDA

Rua Benedito Quintino, 282 - Centro - Congonhas - MG
CEP 36.415-000 / Telefax: (31) 3731-1136
E-mail: contato@admsantoantonio.com.br

RECIBO DE ALUGUEL

094256

CNPJ. 20073045/0001-01 CRECI / MG - 1267 4ª região

DISCRIMINAÇÃO	TOTAL
ALUGUEL: Pago Por Boleto dia 26/09/23	970,00
CONDOMÍNIO:	
IMPOSTOS/TAXAS: Taxa Boleto	2,90
OUTROS:	
ADMINISTRAÇÃO (-):	
TOTAL:	972,90

Gráfica Ponto de Referência - 99854-0503

Recebemos do(a) Sr(a): Associação Protetora dos Animais de Rua de Congonhas.

A importância de R$ 972,90 (Novecentos e Setenta e Dois Reais e Noventa Centavos.)

conforme discriminação acima, referente ao aluguel do imóvel à rua: Delfina Santos Correa nº 173.

Vencido em: 29/09/23 Congonhas, 28 de Setembro de 23

RECEBEMOS DE **PIOVETSS COMERCIO PET LTDA** , OS PRODUTOS CONSTANTES DA NOTA FISCAL INDICADA AO LADO

DATA DE RECEBIMENTO:	HORA:	IDENTIFICAÇÃO E ASSINATURA LEGÍVEL DO RECEBEDOR	RG:
____/____/____	____:____		

NF-e
Nº. 358797
SÉRIE 3

004668

Identificação do Emitente
PIOVETSS COMERCIO PET LTDA
RUA JOSÉ SIMPLÍCIO MOREIRA - 791 - TREVO
BELO HORIZONTE - MG - 31370-505
Telefone: (31)3419-6300
Fax:
E-mail: sac@pet2pet.com.br
Cada pet é uma história

DANF-e
Documento Auxiliar da Nota Fiscal
0 - ENTRADA
1 - SAÍDA
1
Nº. 358797
SÉRIE 3
FL 1 of 1

CHAVE DE ACESSO
3123 0904 4870 8300 0146 5500 3000 3587 9718 3248 8718

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

NATUREZA DE OPERAÇÃO		
VENDA DE MERC. ADQUIRIDA OU RECEBIDA DE TERCEIROS		
INSCRIÇÃO ESTADUAL	**INSC. EST. DO SUBST. TRIBUTARIO**	**CNPJ**
0621336130058		04487083000146

Protocolo de Autorização(Data e Hora): 131235596089751 29/09/2023 10:32:35

DESTINATÁRIO/REMETENTE

NOME/RAZÃO SOCIAL	CODCLI	CNPJ/CPF	DATA DA EMISSÃO
ASSOCIACAO PROTETORES DOS ANIMAIS DE RUA DE CONGONHAS	13300	07.766.906/0001-60	29/09/2023

LOGRADOURO	NÚMERO	COMPLEMENTO	BAIRRO/DISTRITO	DATA DA ENTRADA/SAÍDA
R DELFINA SANTOS CORREA	173		CRISTO REI	02/10/2023

CEP	MUNICÍPIO	Telefone/Fax	UF	INSCRIÇÃO ESTADUAL	HORA DE SAÍDA
364[redacted]3	CONGONHAS	31 8880-0260	MG		10:32

FATURA

Nº	Venc.	Vl.
1	29/09/23	2.033,16

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
2.033,16	365,97	0,00	0,00	27,51	2.391,93

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	358,77	0,00	0,00	126,71	2.033,16

TRANSPORTADOR/VOLUMES TRANSPORTADOS

RAZÃO SOCIAL	FRETE POR CONTA (0 - EMITENTE, 1 - DESTINATÁRIO)	CÓDIGO ANTT	PLACA DO VEÍCULO	UF	CNPJ/CPF
RAD TRANSPORTES	0		BAG3429		04597279000193

LOGRADOURO	MUNICÍPIO	UF	INSCRIÇÃO ESTADUAL
AV ALTAMIRO AVELINO SOARES, 1091 - CASTELO	BELO HORIZONTE	MG	

QUANTIDADE	ESPÉCIE	MARCA	NUMERAÇÃO	PESO BRUTO	PESO LÍQUIDO
1	VOLUMES			0,97	0,97

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
76001	CINOMOSE AG TEST KIT C/10 Benef:	38221910	000	5102	UN	3	433,49	1.300,47	1.105,41	198,97	195,06	18,00	0,00
76006	PARVOVIROSE AG TEST KIT -C/10 Benef:	38221910	000	5102	UN	3	363,82	1.091,46	927,75	167,00	163,71	18,00	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: VETERINARIA: ISABELLA GONCALVES ARRUDA BARBOSA - CRMV: 14131
AAS - CLIENTE:
CREDITO CONCEDIDO: R$ 2033.16
EXCLUSAO DO ICMS NA BASE DE CALCULO DO PIS E COFINS CONFORME PROCESSO/MAND.SEGU N. DE
VALOR EXCLUIDO DA BASE DE CALCULO R$ 365.97

AE: 1.23116.4 AFE: 1.08.792-6 AAS: 2012007486

Numpedido. : 127026444 **NumTrans. : 731787** **NUMCAR.: 57451**

RESERVADO AO FISCO

004669

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

Nº: 35497
Data de Emissão: 29/09/2023

NOTA FISCAL DE SERVIÇO - AVULSA

Prestador do Serviço - CONTRIBUINTE

Nome / Razão Social: 60050 PABLO WILLIAN SILVA

Endereço: CRISTO REI, 473 - SANTA QUITERIA

Município: Congonhas **Estado:** MG **CPF/ CNPJ :** 115.730.646-29

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 SERVICO COMO UAUXILIAR DE LIMPEZA SERVOCO GERAIS - CANIL DA APARC SETEMBRO DE 202 RETENCAO DE INSS CONFORME LEGISLACAO VIGENTE	4,00	750,00	0,00	750,00

ISSQN --->	30,00	INSS --->	0,00	IRRF --->	0,00	Vlr. Redução R$ -->	0,00	Vlr. do Serviço R$ -->	750,00

'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 PABLO WILLIAN SILVA

Prefeitura Municipal — DE — Congonhas

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

004670

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

Nº: 35500

Data de Emissão: 29/09/2023

NOTA FISCAL DE SERVIÇO - AVULSA

Prestador do Serviço - CONTRIBUINTE

Nome / Razão Social: 59457 GEZEBEL CONCEICAO SOUZA SILVA

Endereço: FRANCISCO MATEUS DE OLIVEIRA, 101 - PRAIA

Município: Congonhas **Estado:** MG **CPF/ CNPJ :** 128.092.026-21

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 PRESTAÇÃO DE SERVIÇO GERAIS SETEMBRO/2023 CANIL APARC RETENÇÃO DE INSS RETIDO CONFORME LEGISLAÇÃO VIGENTE.	4,00	750,00	0,00	750,00

ISSQN --->	30,00	INSS --->	0,00	IRRF --->	0,00	Vlr. Redução R$ -->	0,00	Vlr. do Serviço R$ -->	750,00

'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 GEZEBEL CONCEICAO SOUZA SILVA

Prefeitura Municipal DE Congonhas

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

004671

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

Nº: 35499

Data de Emissão: 28/09/2023

NOTA FISCAL DE SERVIÇO - AVULSA

Prestador do Serviço - CONTRIBUINTE

Nome / Razão Social: 59151 LUCIMAR APARECIDA ANDRADE DA CRUZ

Endereço: GRANITO, 105 - VILA RICA

Município: Congonhas **Estado:** MG **CPF/ CNPJ :** 037.262.706-47

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 PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS GERAIS NO CCA PERIODO SETEMBRO DE 2023 RETENÇÃO DE INSS RETIDO CONFORME LEGISLAÇÃO VIGENTE.	4,00	1.350,00	0,00	1.350,00

Prefeitura Municipal
— DE —
Congonhas
ESTADO DE MINAS

ISSQN --->	54,00	INSS --->	0,00	IRRF --->	0,00	Vlr. Redução R$ -->	0,00	Vlr. do Serviço R$ -->	1.350,00

'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 LUCIMAR APARECIDA ANDRADE DA CRUZ

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

004672

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

Nº: 35504
Data de Emissão: 29/09/2023

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 NA CCA SETEMBRO DE 2023 RETENÇÃO DE INSS CONFORME LEGISLAÇÃO VIGENTE.	2,00	1.372,80	0,00	1.372,80

ISSQN --->	27,46	INSS --->	0,00	IRRF --->	0,00	Vlr. Redução R$ -->	0,00	Vlr. do Serviço R$ -->	1.372,80

'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

Prefeitura Municipal — DE — Congonhas

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

004673

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

Nº: 35498

Data de Emissão: 28/09/2023

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 NO CCA PERIODO SETEMBRO DE 2023 RETENCAO DE INSS E IMPOSTO DE RENDA CONFORME A LEGISLACAO VIGENTE	2,00	1.500,00	0,00	1.500,00

Prefeitura Municipal DE Congonhas

ISSQN --->	30,00	INSS --->	0,00	IRRF --->	0,00	Vlr. Redução R$ -->	0,00	Vlr. do Serviço R$ -->	1.500,00

'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

004674

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

Nº: 35496
Data de Emissão: 28/09/2023

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 CCA SETEMBRO/2023 RETENCAO DE INSS CONFORME A LEGISLACAO VIGENTE	2,00	1.697,60	0,00	1.697,60

Prefeitura Municipal — DE — Congonhas

ISSQN --->	33,95	INSS --->	0,00	IRRF --->	0,00	Vlr. Redução R$ -->	0,00	Vlr. do Serviço R$ -->	1.697,60

'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

004675

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

Nº: 35545

Data de Emissão: 02/10/2023

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 CCA REFERENTE A SETEMBRO/2023 RETENCAO DE INSS CONFORME A LEGISLACAO VIGENTE	2,00	1.674,80	0,00	1.674,80
2	1,0000	1196 ESTA NOTA SETÁ SUBISTITUINDO A NOTA 35496 EMITIDA EM 29/09/2023 DEVIDO ERRO NO VALOR	2,00	0,00	0,00	0,00

Prefeitura Municipal
— DE —
Congonhas
ESTADO DE MINAS

ISSQN --->	33,50	INSS --->	0,00	IRRF --->	0,00	Vlr. Redução R$ -->	0,00	Vlr. do Serviço R$ -->	1.674,80

'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

004676

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

Nº: 35502

Data de Emissão: 29/09/2023

NOTA FISCAL DE SERVIÇO - AVULSA

Prestador do Serviço - CONTRIBUINTE

Nome / Razão Social: 58853 KARINE GOULART MAIA

Endereço: FRANCISCO ANTONIO DE ASSIS, 31 - JOAQUIM MURTINHO

Município: Congonhas **Estado:** MG **CPF/ CNPJ :** 080.595.427-96

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 PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS GERAIS CANIL DA APARC SETEMBRO/2023 RETENÇÃO DE INSS RETIDO CONFORME LEGISLAÇÃO VIGENTE.	4,00	1.950,00	0,00	1.950,00

ISSQN --->	78,00	**INSS --->**	0,00	**IRRF --->**	0,00	**Vlr. Redução R$ -->**	0,00	**Vlr. do Serviço R$ -->**	1.950,00

'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 KARINE GOULART MAIA

Prefeitura Municipal DE

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

004677

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

Nº: 35501

Data de Emissão: 28/09/2023

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 VETERINARIA. NO CCA PERIODO DE SETEMBRO DE 2023 RETENÇÃO DE INSS E IR CONFORME A LEGISLAÇÃO VIGENTE .	2,00	6.000,00	0,00	6.000,00

ISSQN --->	120,00	INSS --->	0,00	IRRF --->	0,00	Vlr. Redução R$ -->	0,00	Vlr. do Serviço R$ -->	6.000,00

'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

004678

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

Nº: 35503
Data de Emissão: 28/09/2023

NOTA FISCAL DE SERVIÇO - AVULSA

Prestador do Serviço - CONTRIBUINTE

Nome / Razão Social: 56425 LUCAS ROCHA DIAS

Endereço: MARECHAL FLORIANO PEIXOTO, 431 - CENTRO

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 NO CCA PERIODO DE SETEMBRO DE 2023 RETENÇÃO DE INSS E IR CONFORME A LEGISLAÇÃO VIGENTE	2,00	6.000,00	0,00	6.000,00

Prefeitura Municipal — DE — Congonhas — MG

ISSQN --->	120,00	INSS --->	0,00	IRRF --->	0,00	Vlr. Redução R$ -->	0,00	Vlr. do Serviço R$ -->	6.000,00

'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 LUCAS ROCHA DIAS

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

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

Núme[redacted]051608
S/Número
Data: 08/09/2023
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: ASSOCIACAO PROTETORES DOS ANIMAIS DE RUA **E-mail:** ccacongonhas@gmail.com
Referência: **End. Entrega:**

Item	Código	Descrição dos Produtos	Marca/Fabricante	NCM	Modelo	Und.	Quant.	Vr. Unitário	Vr. Total	% IPI	Entrega
0001	004214	+AGULHA 25MM X 0,70 (22G) - CX C/100 Cod Fabricante: 13532	DESCARPACK	90183219		CX	2,00	10,54	21,08		
0002	006842	ATROPINA 0,25MG/ML - CX C/100 AMP 1ML - ATROFARMA	FARMACE	30039099		AMP	100,00	1,17	117,00		
0005	007086	*FENTANILA 0,05MG/ML - CX C/50 AMP 10ML - GENÉRICO Cod Fabricante: 1179	HIPOLABOR	30049099		CX	2,00	400,00	800,00		
0006	012300	*ISOFLURANO 1MG/ML - FR 240ML - ISOFORINE	CRISTÁLIA	30049099		VD	1,00	565,21	565,21		
0007	005335	+LUVA CIRURGICA ESTERIL 7,0 Cod Fabricante: 0084201	DESCARPACK	40151200		PAR	700,00	1,96	1.372,00		
0008	012778	+LUVA DE PROCEDIMENTO TAM M C/100 - PROFISSIONAL	DESCARPACK	40151900		CX	5,00	15,51	77,55		
0009	009356	MANITOL 20% 250ML - FRASCO - CX C/40 Cod Fabricante: 773	JP	30049099		FR	5,00	10,35	51,75		
0010	004535	*MORFINA 10MG/ML - CX C/50 AMP 1ML - DIMORF Cod Fabricante: 490022	CRISTÁLIA	30044990		CX	2,00	225,82	451,64		
0011	012217	*PROPOFOL 10MG/ML - CX C/05 FR 20ML - PROVIVE	UNIÃO QUÍMICA	30049095		CX	25,00	52,12	1.303,00		
0012	004923	LIDOCAINA 2% C/VASO - CX C/10AMP 20ML - XYLESTESIN	CRISTÁLIA	30049043		AMP	13,00	12,38	160,94		
0013	006680	+EQUIPO MACROGOTAS SLIP C/INJETOR+FILTRO PCT C/25	FARMATEX	90189010		UND	1.000,00	1,55	1.550,00		

Total Produtos: 6.470,17

0046798

Nome: REALPHARMA DISTRIBUIDORA DE MEDICAMENTOS LTDA
CNPJ: 05.561.973/0001-13 I.E.: 1832375460068
Endereco: 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: 051608
S/Número
Data: 08/09/2023
Página: 002

004680

Frete(CIF):	**0,00**
FCP ST:	**0,00**
Outras Desp:	**0,00**
Total Geral:	**6.470,17**

Condição de Pagamento: A VISTA

ANIELLE BRANDÃO
31 3762-0444
vendas1realpharma@gmail.com

4681

ORÇAMENTO

EMPRESA: ASSOCIACAO PROTETORES DOS ANIMAIS DE RUA DE CONGONHAS | ENDERECO: R DELFINA SANTOS CORREA, 172 - CRISTO REI - CONGONHAS | TELEFONE: 31 9442-6931 | DATA: 11/09/202

FORMA DE PAGAMENTO

Nº DO ITE	DESCRIÇÃO	QUANTIDADE	PREÇO UNITÁF	DESCONTO	PREÇO C/ DE:	TOTAL
1004	AGULHA DESC. BD 25X7 C/100	2	R$ 0,00		R$ 18,89	R$ 18,89
2007	ALGIVET	2	R$ 26,12		R$ 26,12	R$ 52,24
23002	ANESTESICO LIDOVET INJ 50ML (LIDOCAÍNA)	5	R$ 20,87		R$ 20,87	R$ 104,35
23005	MERCEPTON INJ 100ML	2	R$ 41,52		R$ 41,52	R$ 83,04
187003	LAMINA DE BISTURI N20 CARBONO	100	R$ 0,50		R$ 0,50	R$ 50,00
2202	NUTRALIFE INTENSIV 300GR	1	R$ 92,67		R$ 92,67	R$ 92,67
14020	KP MANITOL 20% 250ML	5	R$ 10,35		R$ 10,35	R$ 51,75
18015	LUVA CIRURGICA C/ PO NR 7,0	284	R$ 2,74		R$ 2,74	R$ 778,16
187016	LUVA LATEX PROF COM PO M	5	R$ 27,83		R$ 27,83	R$ 139,15
15013	SOL. RINGE C/ LACTATO	40	R$ 12,01		R$ 12,01	R$ 480,40
			R$ 0,00			

FORMA DE PAGAMENTO & CONDIÇÕES

DESCONTO PLANO PAGAMENTO	
SUBTOTAL	R$ 1.850,65
TOTAL	R$ 1.850,65

004681

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

Boa tarde, segue solicitação de cotação

Agulha descartável com 100 unidades 25x7
R$ 10,54

Sulfato De Atropina 0.25mg 1ml - Farmace caixa c/100
R$ 365,50

Cabo para Bisturi - ABC nº 4
R$ 23,61

Dipirona Sódica 1G Injetável 2ml (Novalgina) caixa c/100
R$ 242,07

Fentanila 78,5 mcg/mL Com 25 Ampolas 5mL (Fentanil) - União Química (Controlado)
R$ 156,95

Fentanila 0,0785 mg/mL Com 25 Ampolas de 10 ml - Cristália (Controlado)
Referência: 1500000
R$ 178,45

Lamina para Bisturi em aço Carbono - Advantive nº20
R$ 0,47

Luva Cirúrgica Estéril (Par) - BR Latex 7,0
R$ 2,26

Luva para Procedimento Não Estéril com 100 Unidades - Nugard M
R$ 27,93

Solução de Manitol 20% (Frasco) 250 ML - JP
R$ 12,96

Morfina 10 mg/mL Com 50 Ampolas de 1ml - Cristália (Controlado)
R$ 269,63

Propofol 10 mg/mL Com 10 Ampolas de 20ml - Cristalia (Controlado)
R$ 191,35

Soro Ringer com Lactato (Bolsa) - JP 250 ml
R$ 7,75

Soro Ringer com Lactato (Bolsa) - JP 500 ml
R$ 11,48

004683

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

Lidocaína 2% Sem Vaso constritor Injetável 20ml (Xylocaina) - Hypofarma
R$ 341,85 caixa c/25

Xylestesin 2% Sem Vasoconstritor Com 10 Frascos 20ml (Lidocaína/Xilocaína) - Cristália
R$ 171,79

Xylestesin 2% Com Vasoconstritor Com 10 Frascos (Estéril) 20ML (Lidocaína/Xilocaina) - Cristália
R$ 268,30

\+ FRETE

PREÇOS UNITÁRIOS E LÍQUIDOS
EMPRESA OPTANTE PELO SIMPLES
VALIDADE DA PROPOSTA: 5 DIAS
PRAZO DE ENTREGA: 15 À 20 DIAS ÚTEIS
FRETE :à pagar
IMPOSTOS: INCLUSOS
PAGAMENTO: PRIMEIRA COMPRA À VISTA ANTECIPADO

OBRIGADA
LUANA CARDOSO
(18) 99657-2232
08/09/2023

B2B maconequi
PRODUTOS PARA A SUA EMPRESA

MEU CARRINHO

	Agulha Hipodérmica Descartável 25 X 7 Descarpack 1 unidade			359		
	Lâmina de Bisturi Sterilance nº 20 1 unidade			100		
	Luva Cirúrgica Estéril 7,0 Descarpack 1 unidade			182		
	Luva Latex M Com Pó Talge Caixa com 100 unidades			5		
	Manitol 20% Fresenius Kabi Frasco 250 ml			5		
	Solução Ringer com Lactato Fresenius Kabi Frasco 500ml			10		
	Cloridrato de Lidocaina + Epinefrina C/ Vaso Xylestesin 2% Frasco 20ml Cristalia			53		

09/09/2023

Cotação

Itens:

Dipirona inj 50mL - R$25,00 - 2 unid - R$50,00

Mercepton 100mL - R$42,00

Shotapen LA 100mL - R$118,45 - 02 unid - R$236,90

Soro Ringer Lactato 1L - 32,50 - 20 unid - R$630,00Fri, 08

Entrega em até 12 dias úteis após aprovação de compra. Frete incluso (compra total). Valor com impostos incluídos. Validade da proposta: 30/09/2023.

Razão Social:, Agrocampo Giordani Comércio de Produtos Agropecuários Ltda.

CNPJ:, 08.840.469/0001-40 - Telefone:, (54) 98131-7744 Whatsapp:, (54) 98131-7744

Endereço:

Avenida Militar, 1816, Glória, Vacaria, RS - 95216-014

Email:, site@agrocampogiordani.com.br

Pedro Augusto Acauan

Coordenador Ecommerce

4686

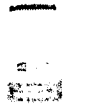
Proposta nº 93469
Sex 08 Set 2023

BALLKE PRODUTOS HOSPITALARES LTDA MAGAZINE MEDICA
TRAVESSA SINAMOMO, 70 - ARVOREDO
CONCORDIA - SC - 89701494
CNPJ 06.103.122/0002-70 - IE 255128606
VENDEDOR(A): CARLOS JUNIOR MORAES ANTUNES

Dados do cliente

CÓDIGO	1358974	**CPF/CNPJ**	07.766.906/0001-60
CLIENTE	ASSOCIAÇÃO PROTETORES DOS ANIMAIS DE RUA DE CONGONHAS PARC		
TELEFONE	31994426931	**E-MAIL**	edilenemarcossi2020@gmail.com
ENDEREÇO	DELFINA SANTOS CORRÊA, 173 - CRISTO REI	**CIDADE**	CONGONHAS - MG
		CEP	36414438

Itens da proposta

	IMAGEM	DESCRIÇÃO	QTDE.	VALOR UN.	DESCONTO	VL. TOTAL
1		734 | AGULHA HIPODÉRMICA DESCARTÁVEL COM 100 UNIDADES BD TAM 25X0,70(PRETA)22GX1"	2,000	20,8100	0,00	41,62
2		2356 | CABO PARA BISTURI EM AÇO INOX TAM 13CM ABC TAM 04	2,000	15,6100	0,00	31,22
3		7237 | DIPIRONA MONOIDRATADA 500MG/ML 2ML AMPOLA C/100 UN FARMACE	1,000	555,0900	0,00	555,09
4		9111 | LÂMINA DE BISTURI AÇO CARBONO DESCARTÁVEL C/100UN DESCARPACK TAM N°20	1,000	30,4600	0,00	30,46
5		12939 | LIDOCAÍNA XYLESTESIN 1% INJETÁVEL C/VASOC. 20ML CRISTÁLIA	10,000	15,8000	0,00	158,00
6		16956 | LUVA CIRÚRGICA DE LÁTEX ESTÉRIL COM PÓ DESCARPACK TAM 7,0	700,000	1,9300	0,00	1351,00
7		16296 | LUVA LÁTEX COM PÓ NÃO CIRURGICO 100UN DESCARPACK TAM M	5,000	18,9200	0,00	94,60
8		10928 | SOLUÇÃO MANITOL 20% 250ML INJETÁVEL IV SISTEMA FECHADO JP	5,000	11,4000	0,00	57,00
9		12788 | RINGER COM LACTATO SORO INJETÁVEL BOLSA HALEXISTAR TAM 500ML	40,000	14,3400	0,00	573,60

004686

TOTAL DE ITENS	766,000			2892,59
FRETE (CIF - Fornecedor)				Rodonaves - 0,00
TRANSPORTADOR				8142 | ROMANEIO RODONAVES TRANSPORTES E ENCOMENDAS LTDA | RTE RODONAVES | 44.914.992/0024-24
PRAZO DE ENTREGA				Até 6 dia(s) útil(eis) após o envio da mercadoria.
VALOR TOTAL DA PROPOSTA				2.892,59

Informações de pagamento

FORMA DE PAGAMENTO	CONDIÇÃO DE PAGAMENTO
BOLETO CENTRAL DE DISTRIBUIÇÃO	A VISTA

Detalhamento de parcelas

PARCELA	VENCIMENTO	VALOR
1	08/09/2023	2.892,59

Termos e Condições Comerciais

Formas de Pagamento: Cartão de crédito, boleto bancário, depósito e PIX.

Valores: Os valores desta proposta estão expressos em reais.

Validade da Proposta: Sex., 15 Set. 2023 ou enquanto durarem os estoques, o que ocorrer primeiro.

Prazo de Entrega: O prazo de entrega dos produtos contarão a partir da confirmação do pagamento ou da liberação do Pedido pelo Núcleo de Crédito.

Atenção: Para pedidos com mais de um item, podem existir prazos de entrega diferentes, pois podem ser enviados de diferentes localidades, e conforme a disponibilidade em nosso estoque. Neste caso, a entrega pode ser feita parcialmente.

Garantia: Os produtos têm sua garantia e assistência técnicas asseguradas pelos fabricantes, distribuidores e importadores, e os prazos constam no cadastro de cada item. Se o produto adquirido apresentar defeito no prazo de garantia do fabricante, você deve entrar em contato conosco através de nossos canais de atendimento e/ou com o fabricante para comunicar a ocorrência e obter esclarecimentos ou dirigir-se a uma das Assistências Técnicas credenciadas pelo próprio fabricante, indicadas no manual.

Troca/Devolução: Todas as ocorrências que envolvam troca ou devolução, exceto por defeito do produto, devem ser feitas no prazo de até 7 (sete) dias corridos, a contar da data de entrega, e devem ser solicitadas através da nossa Central de Atendimento, através de e-mail, chat ou telefone. A troca ou devolução de qualquer produto deverá ser feita no prazo de até 7 (sete) dias corridos, a contar da data de entrega. Nesse período, caso você não estiver satisfeito(a) com a compra, comunique a nossa Central de Atendimento, através de e-mail, chat ou telefone e solicite a troca ou cancelamento. Caso o produto apresente defeito, por favor, entre em contato conosco através de nossos canais de atendimento e/ou com o fabricante para comunicar a ocorrência. Um chamado será aberto em nosso sistema, onde o você poderá acompanhar o caso até que a solicitação seja concluída. Um e-mail é enviado a cada nova atualização da sua solicitação. Os produtos são enviados a você exatamente como nos foram entregues pelo fabricante. Se ocorrer qualquer das hipóteses abaixo, recuse o recebimento e escreva o motivo da recusa no verso do DANFE (Documento Auxiliar da Nota Fiscal Eletrônica):

- embalagem aberta ou avariada;
- produto avariado;
- produto em desacordo com o pedido;
- falta de acessórios.

Se, ainda assim, você aceitar o produto, por favor, entre em contato com a nossa Central de Atendimento, através do nosso e-mail, chat ou telefone em até 72 horas. Para solicitar a devolução, entre em contato com a nossa Central de Atendimento, através de e-mail, chat ou telefone.

Vendedor(a)

NOME	FILIAL	TELEFONE	E-MAIL
CARLOS JUNIOR MORAES ANTUNES	CENTRO DE DISTRIBUICAO	4999310013	carlos@magazinemedica.com.br

Dados de confirmação

DATA DE CONFIRMAÇÃO	ASSINATURA DO CONFIRMANTE
____/____/_____	

004688

J C R PELEGRINI PROD VET IMPORTAÇÃO E EXP.

Rua Da Fé, nº 198, Jardim Urano. São José do Rio Preto, SP - CEP: 15084-230
Fone : 17-3305-5218

ORÇAMENTO 2: **0097146**

Emissão: 14/09/2023 08:21:57

Cliente: **09322 - ASSOCIACAO PROTETORES DOS ANIMAI**
Fone: 31-9442-6931
Endereço: RUA DELFINA SANTOS CORREA, nº 173
Bairro: CRISTO REI
Cidade: CONGONHAS UF: MG
Vendedor: 00026 - NILTON JR
Observação:

Transportadora:

*** ORCAMENTO SEM EFEITO FISCAL ***

DESCRIÇÃO	QTDE	UN	VR.UNIT	VR.TOTAL
0000088 AGULHA DESC. 25 X 07 22G X 1 - UN - SOLIDOR	200	UN	0,12	24,00
0001963 CABO P/ BISTURI No 4 - ABC	2	UN	16,49	32,98
0000687 D-500 INJ. 50 ML - ZOETIS	2	FR	19,70	39,40
0000627 EQUIPO MACRO GOTAS C/ INJETOR LAT. 1,50 MT	1000	UN	1,08	1.080,00
0002[illegible]0 ISOFORINE 240 ML - CRISTALIA	1	FR	470,78	470,78
0002427 LAMINA DE BISTURI ACO CARBONO N. 20 - SOLIDOR	100	UN	0,44	44,00
0003173 LUVA CIRURGICA ESTERIL N. 7,0 - NEW HAND	700	UN	2,13	1.491,00
0003421 LUVA PROCED. LATEX C/ PO TM. M 100 UN - MEDIX	5	UN	16,07	80,35
0000584 MERCEPTON INJ. 100 ML - BRAVET	1	UN	32,91	32,91
0002504 MORFINA DIMORF 10 MG/ML CX C/ 50 AMP X 1 ML - CRIS	1	CX	231,56	231,56
0003149 PROPOFOL (PROPOVAN) 10MG/ML CX C/ 10 AMP X 20 M	1	CX	142,74	142,74
0001000 RINGER C/ LACTATO 1000 ML - JP	20	LT	10,97	219,40
0003667 XYLESTESIN 2% C/V SOL. INJ. 20 ML - CRISTALIA	1	UN	17,06	17,06
		Sub Total		**3.906,18**

(+)Frete: **0,00**

Sub-Total: 3.906,18 **(+)Acrésc.:** **0,00** **Total Geral:** **3.906,18**

Vencimento	Valor	Vencimento	Valor
14/09/2023	3.906,18		

CLIENTE

004689

L.E.ALMEIDA COMERCIO DE PRODUTOS MEDIC(

AV CASTELO BRANCO, 19209 - CACOAL/RO

CNPJ: 27.358.419/0001-76 **IE:** 00000004751540

Telefone: **E-mail:**

Orc. Nº 000005739

Orçamento

Cliente 000002 - 91686717253 **Data:** 08/09/2023

Razao social: **CONSUMIDOR FINAL**

Nome fantasia: **CONSUMIDOR FINAL**

Endereço: **AV GUAPORE, 2765** Complemento:

Bairro: **CENTRO** Cidade: **CACOAL** UF: **RO** CEP: **76963-815**

Telefone: **(69) 9 8459-2125** E-mail: **leunamalmeida@hotmail.com**

Forma de pagamento

Tipo: **BOLE 30 CREDIARIO**

Frete

0,00

[redacted]dutos: Vendas

Produto	Fabricante	Vlr. unit.	Desc.	Vlr. liq.	Qtde.	Subtotal	Impostos	Valor item
002410 - ATROPINA 0.25MG/ML 1ML (ATROFARMA)	FARMACE	1,30	0,00	1,30	100	130,00	0,00	130,00
000396 - DIPIRONA SODICA 500MG/ML 2ML AMP (DIPIFARMA)	FARMACE	3,65	0,00	3,65	50	182,50	0,00	182,50
003447 - FENTANILA 0,05 MG/ML 10 ML SOL INJ IV/IM (A1) (GENERICO)	FRESENIUS	8,00	0,00	8,00	25	200,00	0,00	200,00
001495 - ISOFLURANO 240ML (C1) (ISOFLORINE)	CRISTALIA	616,00	0,00	616,00	1	616,00	0,00	616,00
000679 - ITRACONAZOL 100MG COMP (TRAXONOL)	GEOLAB	1,50	0,00	1,50	120	180,00	0,00	180,00
000642 - LAMINA BISTURI CARBONO NA 22 C/100 UND	MAXICOR	40,00	0,00	40,00	1	40,00	0,00	40,00
001797 - LUVA DESC. PROC C/PO M C/100 UND	DESCARPACK	18,99	0,00	18,99	5	94,95	0,00	94,95
001588 - MORFINA SULF 10MG/ML 1ML (A1) (DIMORF)	CRISTALIA	4,99	0,00	4,99	100	499,00	0,00	499,00
002063 - PROPOFOL 10MG/ML 20ML (C1) (PROPOVAN)	CRISTALIA	16,00	0,00	16,00	25	400,00	0,00	400,00
003382 - SORO RINGER C/ LACTATO 500 ML (FRASCO)	FRESENIUS	9,90	0,00	9,90	40	396,00	0,00	396,00
10 produto(s) listado(s).					467	2.738,45	0,00	2.738,45

Observações

Itens:	**10**
Bonificações:	**0,00**
Produtos:	**2.738,45**
Impostos:	**0,00**
Frete:	**0,00**
Total pedido:	**2.738,45**

004690

L.E.ALMEIDA COMERCIO DE PRODUTOS MEDIC(

AV CASTELO BRANCO, 19209 - CACOAL/RO

CNPJ: 27.358.419/0001-76 **IE:** 00000004751540

Telefone: **E-mail:**

Orc. N°
000005828

Orçamento

Cliente 000002 - 91686717253 **Data:** 18/09/2023

Razao social: **CONSUMIDOR FINAL**
Nome fantasia: **CONSUMIDOR FINAL**
Endereço: **AV GUAPORE, 2765** Complemento:
Bairro: **CENTRO** Cidade: **CACOAL** UF: **RO** CEP: **76963-815**
Telefone: **(69) 9 8459-2125** E-mail: **leunamalmeida@hotmail.com**

Forma de pagamento
Tipo: **BOLE 30 CREDIARIO**

Frete
0,00

Produtos: Vendas

Produto	Fabricante	Vlr. unit.	Desc.	Vlr. liq.	Qtde.	Subtotal	Impostos	Valor item
003186 - EQUIPO MACRO SLIP C/ FILTRO INJ LATERAL	M2LIFE	1,30	0,00	1,30	1000	1.300,00	0,00	1.300,00
1 produto(s) listado(s).					**1000**	**1.300,00**	**0,00**	**1.300,00**

Observações

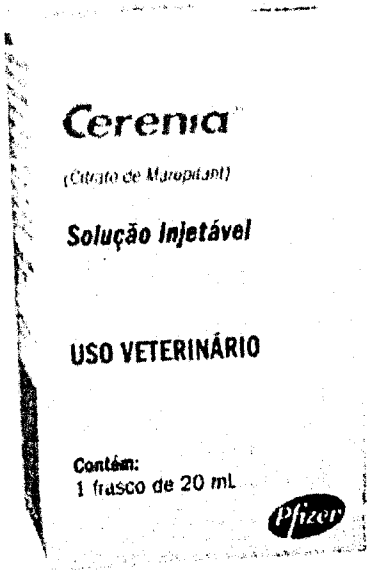
Itens:	1
Bonificações:	0,00
Produtos:	1.300,00
Impostos:	0,00
Frete:	0,00
Total pedido:	1.300,00

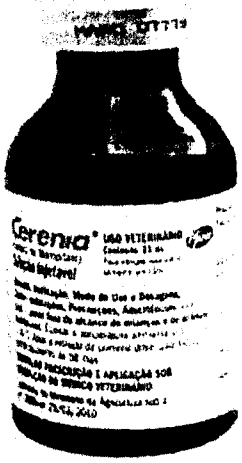
pegue seu cupom
ANIVERSÁRIO Magalu
retire na loja
Busca no Magalu

Cerenia 20 Ml Solução Injetável - Zoetis

Código gagk1k0h58 | Ver descrição completa | Zoetis







Avaliar produto

Vendido por **Nova Piai**

Entregue por Magalu

O Magalu garante a sua compra, do pedido à entrega

R$ 499,00 no Pix

ou R$ 499,00 em 6x de R$ 83,17 sem juros

Cartão de crédito
sem juros

Calcular frete e prazo

Informações da Loja

Nova Piaí
Lojista parceiro Magalu

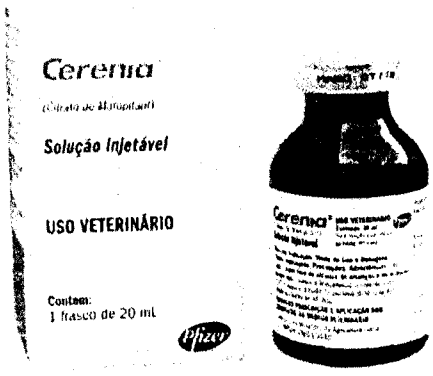
Magalu Garante
a sua compra, do pedido à entrega.

Devolução Gratuita
em até 7 dias depois de receber o produto.

ENCANTE UMA Criança Dia das Crianças com até 60% OFF Aproveite!

busque aqui seu produto

Favoritar Compartilhar



Cerenia Injetavel 20 Ml - Zoetis Anti Enjoo Para Cães

5.0 (1 avaliação) Faça a 1ª pergunta

Cerenia Injetavel 20 Ml - Zoetis Anti Enjoo Para Cães

Conheça nossa política de troca

R$ 569,90

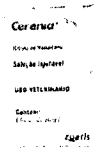
em até 8x sem juros no **cartão de crédito**

Mais formas de pagamento

Calcular frete e prazo

Este produto é vendido e entregue por Petshowvirtual e possui garantia de fábrica. Para mais informações, entre em contato com o vendedor.

Tá todo mundo querendo!



Cerenia Antiemético Injetável 20ml Anti Vomito para Cães...

sem avaliações

Oops! Já vendemos todo o estoque.



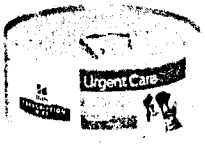
Lavadora de Roupas Colormaq 16Kg Semiautomática LCS16...

64 avaliações

~~R$ 588,00~~

R$ 517,44

com pix

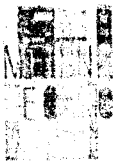


Ração a/d Hills Diet para Cachorro e Gatos - 156g

1 avaliação

R$ 35,00

1x de R$ 35,00 sem juros no cartão de crédito



Menino de ouro

Sol... Origin...

R$ 33,00

R$ 9,99

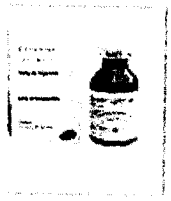
Os queridinhos da categoria

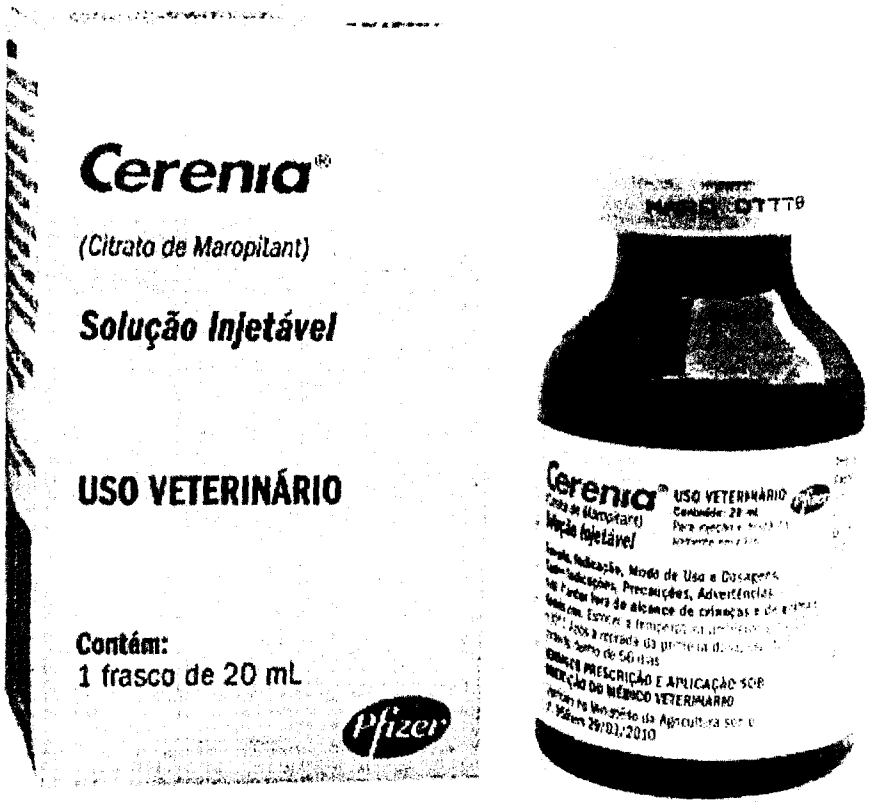












Compartilhe:

Cerenia Injetável 20mL

Avaliação: ★★★★★

Produto: Em estoque

SKU: [illegible]

004693

R$649,75
em 10x de R$ 87,32
// Exibindo valores de Boleto Parcelado

004694

1 unid.

Outras formas de pagamento

1x de R$ 649,75 s/ juros
2x de R$ 324,88 s/ juros
3x de R$ 236,67 c/ juros
4x de R$ 182,82 c/ juros
5x de R$ 150,65 c/ juros
6x de R$ 129,31 c/ juros
7x de R$ 114,16 c/ juros
8x de R$ 102,89 c/ juros
9x de R$ 94,20 c/ juros
10x de R$ 87,32 c/ juros

Calcule seu Frete

preços e prazos de entrega

digite seu CEP

Detalhes do Produto

Descrição

Cerenia é um antiemético composto por Maropitant, que é um antagonista dos receptores da neurocinina 1 (NK1) que bloqueia a ação farmacológica da substância P no SNC. Indicação indicada para prevenção e tratamento do vômito agudo em cães.

Posologia

A dosagem recomendada para administração subcutânea é de 1,0 mg/kg, equivalente a 1 ml/10 kg de peso corporal, uma vez ao dia, por até 5 dias.

Informações Adicionais

Marca	Zoetis

30 cx Itracomazol c/15 Itraconazol

c/15 18,50 Itraconazol

Itraconazol c/15

- 30 cx 555,0

004695

Drogaria Americana

17.311.015/0002-55
DROGARIA FRANCISCA VEIGA LTDA

Kely

FARMÁCIAS MAIA
FARMAIA

CNPJ: 19.693.001/0001-97 DROGARIA J. DAF LTDA INC EST.180.063122.00-81

Rua Padre Antônio Correia, 74 - Congonhas - MG

NOME: Orçamento

END:

DATA: / / Nº CONTROLE:

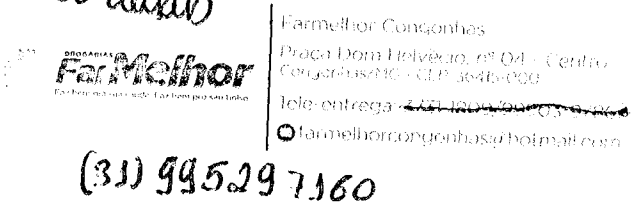
	QUANTIDADE	DISCRIMINAÇÃO		VALOR
	1	Ibuconazol		32,60
		TOTAL R$		

ASSINATURA

Obs: Esta nota estará sujeita à alteração de preço
Mantenha seu crédito pagando sua conta mensalmente

004697

Strucona zd = 30/600 R$
30 caixa



(31) 99529 7160

pegue seu cupom
ANIVERSÁRIO Magalu
004698
Busca no Magalu
Descubra as ofertas n
Compartilhe sua localizaç
valores de frete, entregas

Nutralife Intensiv 300 Gr Vetnil

Código bk3a37g351 | Ver descrição completa | Vetnil





Avaliar produto

Vendido e entregue por Olist Plus

O Magalu garante a sua compra, do pedido à entre

R$ 96,87

R$ 88,15 no Pix

ou R$ 96,87 em 2x de R$ 48,44 sem juros

Cartão de crédito
sem juros

Calcular frete e prazo

Informações da Loja

Olist Plus
Lojista parceiro Magalu

Magalu Garante
a sua compra, do pedido à entrega.

Devolução Gratuita
em até 7 dias depois de receber o produto.

Disney+ STAR+ Assine o Meli+ por

S JPERME
Mil hares de produ
par a sua compra s
me sal.

Confira o envio para o seu endereço

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

Mais tarde


Bebidas




Higiene e Perfumaria





Também pode te interessar: glicopan pet - neem pet - eritros dog - ograx derme 20 - renadogs - ograx 500 - beneflora vet

Voltar à lista Animais › Cachorros › Alimento, Petisco e Suplemento › Suplementos e Vitaminas

Compartilhar









Nutralife Intensiv Suplemento P/ Cães E Gatos 3 - Vetnil

R$ 102,90

em 12x R$ 10

Ver os meios de pagamento

Informe seu CEP para ver se o p
esta disponível na sua região

Vendido por DISTRIBUIDOR PET
Mercadolíder +5mil vendas

Pa Mel

Mais produtos de Supermercado



Nutralife Intensiv Suplemento P/ Cães E Gatos 300g - Vetnil

R$ 115,97

12x R$ 11,27

FULL



Nutralife Intensiv Suplemento Cães E Gatos 300g Vetnil 300 G

R$ 119,99

12x R$ 11,66

FULL

Ir ao Supermercado

Informacoes sobre o vendedor

Mercado Pago Reputa

+5mil

Ver mais dados deste vendedor

Características principais

Marca	Vetnil
Linha	Suplemento
Nome do suplemento	Nutralife
Formato do suplemento	Pó

Meios de pagamento

Até 12x sem cartão de crédito

Cartões de crédito

Cartões de débito

004700

ÓRÇAMENTO

EMPRESA	ENDEREÇO	TELEFONE	DATA
ASSOCIACAO PROTETORES DOS ANIMAIS DE RUA DE CONGONHAS	R DELFINA SANTOS CORREA, 173	31 9442-6931	28/09/2023

FORMA DE PAGAMENTO: PIX

Nº DO ITEM	DESCRIÇÃO	QUANTIDADE	PREÇO UNITÁRI	DESCONTO	PREÇO C/ DESC	TOTAL
7601	CINOMOSE AG TEST KIT C/10	3	R$ 433,49	15%	R$ 368,47	R$ 1.105,40
7606	PARVOVIROSE TEST KIT C/10	3	R$ 363,82	15%	R$ 309,25	R$ 927,74
			R$ 0,00			
			R$ 0,00			
			R$ 0,00			
			R$ 0,00			
			R$ 0,00			
			R$ 0,00			
			R$ 0,00			
			R$ 0,00			
			R$ 0,00			
			R$ 0,00			

FORMA DE PAGAMENTO & CONDIÇÕES

DESCONTO PLANO PAGAMENTO

SUBTOTAL	R$ 2.033,14
TOTAL	R$ 2.033,14

Assine o meli+ pro

Informe seu CEP

Categorias Ofertas do dia Vender Cadastre

Crie a sua conta Entre Com

Também pode te interessar: weasy

Voltar à lista Animais › Cachorros › Outros

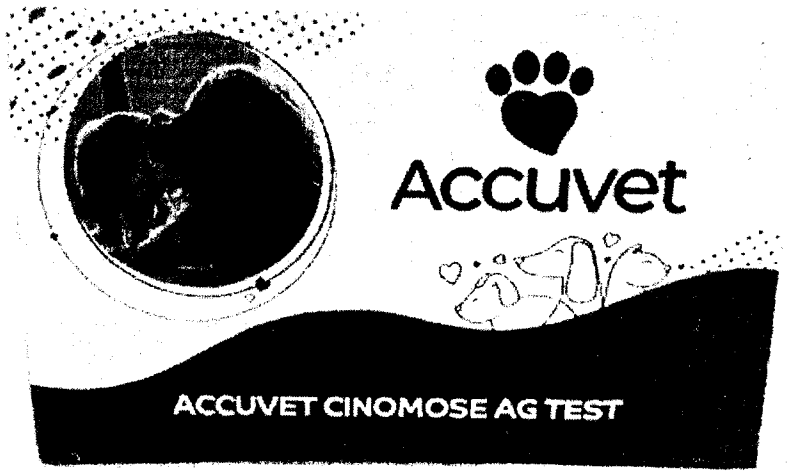
Compartilhar











Novo | 5 unidades

Teste Rápido Veterinário nomose Ag C/10

R$ 374,90

em 10x R$ 37,49 sem juros

Devolução por desistência de até R$ 374,90

Ver os meios de pagamento

Frete grátis

Calcular prazo

Ver formas de entrega

Vendido por LUCASIENSEN123

+5 vendas

Estoque disponível

Quantidade: **1 unidade**

Mercado Pago oferece proteção para que você receba o produto que está comprando ou seu dinheiro de volta. Saiba mais

Produtos patrocinados Anuncie aqui



R$ 365

12x R$ 35,39

Frete grátis

Protetor De Cotovelo Pet P/ Cachorro Kruuse Rehab Tam...

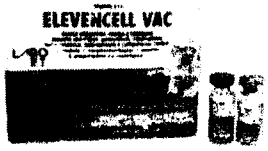


R$ 365

12x R$ 35,39

Frete grátis

Protetor De Cotovelo Pet P/ Cachorro Kruuse Rehab Tam...



R$ 359

10x R$ 35,90 sem juros

V11 V10 V8 Pra Cães Cx 20 Doses. Bio Importada. Cole ...

Informações sobre o vendedor

+5 Vendas concluídas

Preços bons e atendimento

Ver mais dados deste vendedor

Anúncios do vendedor

Teste Rápido Veterinário Parvovirose Ag C/10

R$ 374,90

10x R$ 37,49 sem juros

Frete grátis

Teste Rapido Veterinário Erliquiose C/10

R$ 415,90

10x R$ 41,59 sem juros

Frete grátis

Ver mais anúncios do vendedor

Garantia

Garantia do vendedor

Sem garantia

Meios de pagamento

Até 12x sem cartão de crédito

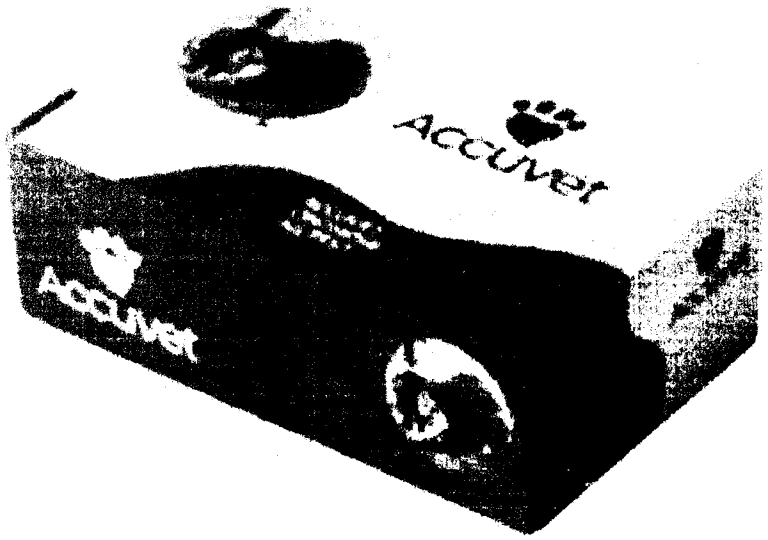
Cartões de crédito

Cartões de débito

Assine o
Crie a sua conta Entre Con
Também pode te interessar: weasy

Compartilhar





Novo

Accuvet Parvovirose Ag Teste C/10 Unidades

R$ 360

em 10x R$ 36 sem juros

Ver os meios de pagamento

Entrega a combinar com o vendedor

Ver formas de entrega

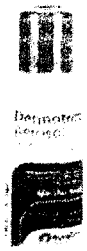
Vendido por LABTECHABCCOMERCIO

+1000 vendas

Estoque disponível

Quantidade: **1 unidade**

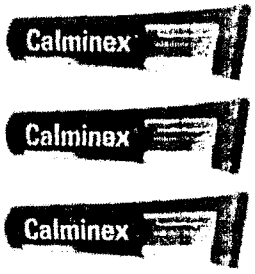
Produtos patrocinados Anuncie aqui



R$ 63[17] 20% OFF

12x R$ 6,14

Dermotrat Spray Antiinflamatorio Para Cães E...

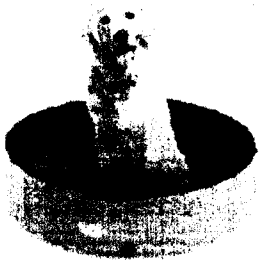


R$ 114[80]

12x R$ 11,16

Frete grátis

Kit 3 Calminex Pomada Uso Veterinário 100g Dores E...



R$ 344[44]

10x R$ 34,44 sem juros

Frete grátis

Piscina Banheira Cachorro Pets Dobravel Azul 120 X 30...

Informações sobre o vendedor

+1000

Vendas concluídas

Presta bom atendimento

Ver mais dados deste vendedor

Garantia

Garantia do vendedor

Anúncios do vendedor

Lenços Umedecidos Pet 50 Und - Sem Fragância - Feelclean

R$ 42

6x R$ 7 sem juros

Algodão Hidrófilo Em Rolo 500g Cosmeticos Manicure Médico

R$ 28[90]

5x R$ 5,78 sem juros

Ver mais anúncios do vendedor

Meios de pagamento

Até 12x sem cartão de crédito

Cartões de crédito

Cartões de débito

CONSOLE PS5 R$600,00

Busca no Magalu

004703

Kit Cinomose AC CX C/10 Testes- Accuvet

Kit Cinomose AC CX C/10 Testes- Accuvet

Código bjgdja853a | Ver descrição completa | Accuvet





Avaliar produto

Vendido por **Lined Mogi**

Entregue por MAGALU

O Magalu garante a sua compra, do pedido à entre

R$ 424,00

R$ 381,60 no Pix

(10% de desconto)

ou R$ 424,00 em 7x de R$ 60,57 sem juros

Cartão de crédito
sem juros

Calcular frete e prazo

Magalu Garante
a sua compra, do pedido à entrega.

Devolução Gratuita
em até 7 dias depois de receber o produto.

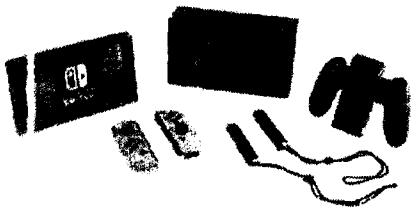
Informações da Loja

Lined Mogi
Lojista parceiro Magalu

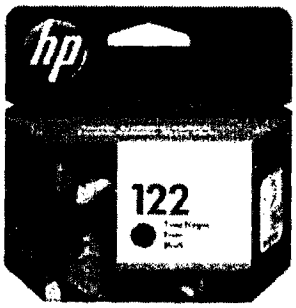
Ver mais informações da loja

Seleção especial do Magalu pra você

Patrocinados



Nintendo Switch 32GB 1 Par Joy-con + Mario Kart 8



Cartucho HP 122 preto CH561HB

004704

0

O que você procura?

INÍCIO (/) > VETERINÁRIA (/VETERINARIA-S694/) > TESTES RÁPIDOS (/VETERINARIA-S694/TESTES-RAPIDC



KIT TESTE RAPIDO PARVOVIROSE AG -CX C/ 10 TESTES (SWAB RETAL) - BIC EASY ALERE

Cód: None (0 avaliações)

MARCA: ALERE (/ALERE/)

Disponibilidade: Postagem em até 5 dias úteis após a confirmação de pagamento.

R$ 587,31 à vista
R$ 605,47
1x de R$ 605,47 s/ juros

Atendimento WhatsApp