



PREFEITURA MUNICIPAL DE SÃO GABRIEL DA PALHA
ESTADO DO ESPÍRITO SANTO
Secretaria Municipal de Meio Ambiente

**ANEXO III – FORMULÁRIO DE ESCOLHA DA CLÍNICA VETERINÁRIA PARA
PROCEDIMENTO**

**DECLARAÇÃO DE ESCOLHA DA CLÍNICA PARA EXECUÇÃO DO
PROCEDIMENTO**

Credenciamento nº. 01/2025

Eu _____ portador do CPF nº
_____, tutor do animal de
nome _____ DECLARO, para os devidos fins, que opto pela
execução dos procedimentos clínicos e/ou cirúrgicos do referido animal, referente ao
Programa Pet Vida, na clínica: _____,
inscrita no CNPJ nº _____, estando plenamente ciente de que a
escolha é de minha responsabilidade, conforme previsto no Edital e Termo de Referência do
Credenciamento nº 01/2025.

Declaro ainda que tenho conhecimento das condições do procedimento e confirmo minha
concordância com a presente indicação.

São Gabriel da Palha/ES, _____ de _____ de 2025.

(Tutor do animal)