



PREFEITURA MUNICIPAL DE CONDE
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
PROGRAMA DE CONTROLE DAS LEISHMANIOSES

TERMOS DE AUTORIZAÇÃO DA EUTANÁSIA

Eu ISAIAS, residente na

ADEMÁRIO RÉGIS S/N,

RG _____, CPF _____, declaro para os

fins que se fizerem necessários que **AUTORIZO** os agentes do Programa de Endemias e Vigilância Ambiental (PEVA), realizarem a **EUTANÁSIA** do(s) cão(es) sob minha responsabilidade e sororreagente(s) para a Leishmaniose Visceral Canina (LVC). Sendo assim, assumo total responsabilidade pela minha decisão.

Assinatura do responsável pelo cão

Conde, 07 de DEZEMBRO de 2022