

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
SECRETARIA EXECUTIVA DA PROTEÇÃO ANIMAL (SEPA)

CADASTRO DE CUIDADORES INDEPENDENTES
PROGRAMA ESTADUAL DE APOIO AOS PROTETORES INDEPENDENTES E ONGS

1. DADOS DO(A) CUIDADOR(A) INDEPENDENTE		
NOME COMPLETO		
DATA DE NASCIMENTO	CPF	RG E ÓRGÃO EXPEDIDOR
TELEFONE(S) PARA CONTATO		E-MAIL
ENDEREÇO		
CIDADE	BAIRRO	CEP
É INSCRITO(A) EM ALGUM PROGRAMA SOCIAL? () SIM () NÃO SE SIM, QUAL?		
PROFISSÃO		RENDA MENSAL FAMILIAR (R\$)

2. INFORMAÇÕES SOBRE O TRABALHO REALIZADO
QUAL O TRABALHO DE PROTEÇÃO ANIMAL EXERCIDO?
() RESGATA, TRATA E ACOLHE
() ATUAÇÃO EM COLÔNIA DE GATOS
() ATUAÇÃO EM SITUAÇÃO DE ACÚMULO DE ANIMAIS
() CASTRAÇÃO (CASTRAÇÃO, ESTERILIZAÇÃO E DEVOLUÇÃO (CED) OU APENAS RESGATE)
REGIÃO DO ESTADO DA PARAÍBA ONDE ESTÁ LOCALIZADA A COLÔNIA:
ONDE ESTÁ A COLÔNIA?
() LOTES VAGOS
() PRAÇA
() RUA
() PARQUE
() ESCOLA
() OUTROS: _____
RECEBE APOIO DE GOVERNO OU PREFEITURA? () SIM () NÃO
UTILIZA REDES SOCIAIS? () SIM () NÃO

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
SECRETARIA EXECUTIVA DA PROTEÇÃO ANIMAL (SEPA)

SE SIM, DESCREVA QUAIS:

INSTAGRAM: @ _____

FACEBOOK: _____

WHATSAPP BUSINESS: _____

PARTICIPA DE ALGUM GRUPO OU PERFIL DE PROTEÇÃO ANIMAL EM REDE SOCIAL
OU É MEMBRO DE ONGS ? () SIM () NÃO

SE SIM, QUAIS:

3. INFORMAÇÕES SOBRE OS ANIMAIS

ESPÉCIES RESGATADAS, ACOLHIDAS OU ALIMENTADAS (SE FOR O CASO, MARQUE
MAIS DE UMA OPÇÃO):

- () CÃES
() GATOS
() CAVALOS
() OUTRAS

ESPÉCIES: _____

LOCAL DE MANUTENÇÃO DOS ANIMAIS

- () PRÓPRIA RESIDÊNCIA
() LAR TEMPORÁRIO
() LAR TEMPORÁRIO PAGO
() COLÔNIA
() IMÓVEL PÚBLICO
() ABRIGOS
() MERCADOS/PRAÇAS
() ANIMAIS ESPALHADOS
()

OUTROS: _____

QUANTOS ANIMAIS POR CATEGORIA DE SEXO E ESPÉCIE MANTÉM ATUALMENTE?
(INDICAR NA TABELA ABAIXO)

ESPÉCIE E SEXO	CÃES		GATOS	
	FÊMEAS	MACHOS	FÊMEAS	MACHOS
CASA				
RUA				
COLÔNIA				
TOTAL				

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
SECRETARIA EXECUTIVA DA PROTEÇÃO ANIMAL (SEPA)

ESPÉCIE E SEXO	CÃES CASTRADOS		GATOS CASTRADOS	
	FÊMEAS	MACHOS	FÊMEAS	MACHOS
CASA				
RUA				
COLÔNIA				
TOTAL				

REALIZA OS CUIDADOS PRÉ-CIRÚRGICOS DOS ANIMAIS?

() SIM () NÃO

SE SIM, ONDE? _____

REALIZA OS CUIDADOS PÓS-CIRÚRGICOS DOS ANIMAIS?

() SIM () NÃO

SE
SIM, ONDE? _____

DISPONIBILIZA ANIMAIS PARA ADOÇÃO ?

() SIM () NÃO

SE NÃO, POR QUAIS MOTIVOS?

ALIMENTA ANIMAIS FORA DA COLÔNIA?

() SIM () NÃO

SE SIM, EM QUAIS LOCAIS?

DE FORMA BREVE, DESCREVA O SEU TRABALHO COMO CUIDADOR(A) DE ANIMAIS E DEMAIS INFORMAÇÕES RELEVANTES NÃO ABORDADAS ANTERIORMENTE:

4. DECLARAÇÃO

() DECLARO QUE LI, ACEITO AS REGRAS PARA PARTICIPAR DOS PROJETOS ESPECIAIS E QUE TODAS AS INFORMAÇÕES DECLARADAS NESTE FORMULÁRIO SÃO VERDADEIRAS.

DATA: ____/____/____

ASSINATURA DO(A) CUIDADOR(A)/DECLARANTE: