

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

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

1. DADOS DO(A) PROTETOR(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)
RECEBE APOIO DE GOVERNO OU PREFEITURA? () SIM () NÃO
REGIÃO DO ESTADO DA PARAÍBA ONDE ESTÁ LOCALIZADA A COLÔNIA: _____
ONDE ESTÁ A COLÔNIA? () LOTES VAGOS () PRAÇA () RUA () PARQUE () ESCOLA () OUTROS: _____
UTILIZA REDES SOCIAIS? () SIM () NÃO SE SIM, DESCREVA QUAIS:

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

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				
ESPÉCIE E SEXO	CÃES CASTRADOS		GATOS CASTRADOS	
	FÊMEAS	MACHOS	FÊMEAS	MACHOS

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

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 PROTETOR(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.

() DECLARO, PARA OS DEVIDOS FINS DO PROGRAMA ESTADUAL DE APOIO AOS PROTETORES INDEPENDENTES, QUE PARA COMPROVAÇÃO DA CATEGORIA DE PROTETOR, O USUÁRIO DEVE FORNECER EVIDÊNCIAS QUE ATSTEM SUA DEDICAÇÃO À CAUSA ANIMAL, COMO PRONTUÁRIOS, DESPESAS, REGISTROS FOTOGRÁFICOS E AUDIOVISUAIS, DENTRE OUTROS.

DATA: ____/____/____

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