RELATÓRIO DOS TERMOS UTILIZADOS MÊS/ANO

Nº do termo	Nome do Animal	Espécie	Sexo	Cor	Porte	Microchip	Data da castração	Clínica	Responsável pela ficha	Responsável pelo animal	CPF / RG	Endereço	Bairro	Telefone	Celular
0	XX	Canino / Felino	Macho / Fêmea		Grande/ médio/ pequeno	nº do chip	Data do procedimento	Clínica que realizou o procedimento	Nome da protetora/ONG, CBEA, ABRIGO ANIMAL ou se é CAD UNICO o nome da pessoa	Nome	CPF ou RG	Rua e nº	XX	XX	XX
EXEMPLO:															
541	Bob	Canino	Macho	Preto	Médio	982000357242322	01/05/2021	Clínica Vet	Maria da Silva / Focinhos	José Vieira	084672567-09	Rua Fulano de tal, nº 120	América	3465-0987	99925-0908