

Bicho Chic

Eko Pet

Creche & Hotel

Banho e Tosa

CHECKLIST

Nome do Pet:	Raça/Pelagem:	Idade: <input type="checkbox"/> Meses <input type="checkbox"/> Ano(s)	Espécie: <input type="checkbox"/> Canino <input type="checkbox"/> Felino
<input type="checkbox"/> Macho <input type="checkbox"/> Fêmea <input type="checkbox"/> Castrado <input type="checkbox"/> Alérgico <input type="checkbox"/> Hora Marcada <input type="checkbox"/> Encaixe <input type="checkbox"/> Pacote <input type="checkbox"/> Táxi Dog			
Objetos entregues com o animal: <input type="checkbox"/> Coleira <input type="checkbox"/> Guia <input type="checkbox"/> Enforcador <input type="checkbox"/> Retrátíl <input type="checkbox"/> Peitoral <input type="checkbox"/> Escova de Dente <input type="checkbox"/> Pasta de Dente <input type="checkbox"/> Shampoo			
Observações:			
Nome do (a) Tutor(a):		Telefone/Whatsapp:	
Endereço:			
Serviços Solicitados			
<input type="checkbox"/> Banho R\$ <input type="text"/> <input type="checkbox"/> Desembolo R\$ <input type="text"/> <input type="checkbox"/> Escovar Dentes R\$ <input type="text"/>			
<input type="checkbox"/> Hidratação R\$ <input type="text"/> <input type="checkbox"/> Unhas R\$ <input type="text"/> <input type="checkbox"/> <input type="text"/> R\$ <input type="text"/>			
<input type="checkbox"/> Tosa R\$ <input type="text"/> <input type="checkbox"/> Tosa Higiénica <input type="checkbox"/> Tosa na Tesoura <input type="checkbox"/> Tosa na Máquina			
<input type="checkbox"/> Tosa Padrão Comprimento/ Altura dos Pelos <input type="text"/> CM			
Pós Banho		Total Serviços R\$ <input type="text"/>	
Adereços/ Acessórios? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não		Perfume? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	
Análise Visual do Animal			
<input type="checkbox"/> Pulgas/Carrapatos <input type="checkbox"/> Verrugas <input type="checkbox"/> Secreções Genitais <input type="checkbox"/> Olhos <input type="checkbox"/> Ouvidos <input type="checkbox"/> Pele <input type="checkbox"/> <input type="text"/>		Doenças Pré Existente: <input type="text"/>	
		Doença Canal Auditivo / Otite: <input type="text"/>	
		Doença de Pele: <input type="text"/>	
Horário de Entrada / Horário de Saída:		Profissional: <input type="text"/>	
		Data: <input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>	
Declaro estar ciente das possíveis anormalidades e ter recebido em perfeito estado bem como os serviços realizados de acordo com o solicitado. Autorizo o registro fotográfico do trabalho realizado (Antes e Depois) para efeitos de documentação e divulgação em books, redes sociais ou qualquer material publicitário.			
Cliente: <input type="text"/>		Data e Horário: <input type="text"/>	

Bicho Chic

Eko Pet

Creche & Hotel

Banho e Tosa

CHECKLIST

Nome do Pet:	Raça/Pelagem:	Idade: <input type="checkbox"/> Meses <input type="checkbox"/> Ano(s)	Espécie: <input type="checkbox"/> Canino <input type="checkbox"/> Felino
<input type="checkbox"/> Macho <input type="checkbox"/> Fêmea <input type="checkbox"/> Castrado <input type="checkbox"/> Alérgico <input type="checkbox"/> Hora Marcada <input type="checkbox"/> Encaixe <input type="checkbox"/> Pacote <input type="checkbox"/> Táxi Dog			
Objetos entregues com o animal: <input type="checkbox"/> Coleira <input type="checkbox"/> Guia <input type="checkbox"/> Enforcador <input type="checkbox"/> Retrátíl <input type="checkbox"/> Peitoral <input type="checkbox"/> Escova de Dente <input type="checkbox"/> Pasta de Dente <input type="checkbox"/> Shampoo			
Observações:			
Nome do (a) Tutor(a):		Telefone/Whatsapp:	
Endereço:			
Serviços Solicitados			
<input type="checkbox"/> Banho R\$ <input type="text"/> <input type="checkbox"/> Desembolo R\$ <input type="text"/> <input type="checkbox"/> Escovar Dentes R\$ <input type="text"/>			
<input type="checkbox"/> Hidratação R\$ <input type="text"/> <input type="checkbox"/> Unhas R\$ <input type="text"/> <input type="checkbox"/> <input type="text"/> R\$ <input type="text"/>			
<input type="checkbox"/> Tosa R\$ <input type="text"/> <input type="checkbox"/> Tosa Higiénica <input type="checkbox"/> Tosa na Tesoura <input type="checkbox"/> Tosa na Máquina			
<input type="checkbox"/> Tosa Padrão Comprimento/ Altura dos Pelos <input type="text"/> CM			
Pós Banho		Total Serviços R\$ <input type="text"/>	
Adereços/ Acessórios? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não		Perfume? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	
Análise Visual do Animal			
<input type="checkbox"/> Pulgas/Carrapatos <input type="checkbox"/> Verrugas <input type="checkbox"/> Secreções Genitais <input type="checkbox"/> Olhos <input type="checkbox"/> Ouvidos <input type="checkbox"/> Pele <input type="checkbox"/> <input type="text"/>		Doenças Pré Existente: <input type="text"/>	
		Doença Canal Auditivo / Otite: <input type="text"/>	
		Doença de Pele: <input type="text"/>	
Horário de Entrada / Horário de Saída:		Profissional: <input type="text"/>	
		Data: <input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>	
Declaro estar ciente das possíveis anormalidades e ter recebido em perfeito estado bem como os serviços realizados de acordo com o solicitado. Autorizo o registro fotográfico do trabalho realizado (Antes e Depois) para efeitos de documentação e divulgação em books, redes sociais ou qualquer material publicitário.			
Cliente: <input type="text"/>		Data e Horário: <input type="text"/>	

Bicho Chic

Eko Pet

Creche & Hotel

Banho e Tosa

CHECKLIST

Nome do Pet:	Raça/Pelagem:	Idade: <input type="checkbox"/> Meses <input type="checkbox"/> Ano(s)	Espécie: <input type="checkbox"/> Canino <input type="checkbox"/> Felino
<input type="checkbox"/> Macho <input type="checkbox"/> Fêmea <input type="checkbox"/> Castrado <input type="checkbox"/> Alérgico <input type="checkbox"/> Hora Marcada <input type="checkbox"/> Encaixe <input type="checkbox"/> Pacote <input type="checkbox"/> Táxi Dog			
Objetos entregues com o animal: <input type="checkbox"/> Coleira <input type="checkbox"/> Guia <input type="checkbox"/> Enforcador <input type="checkbox"/> Retrátíl <input type="checkbox"/> Peitoral <input type="checkbox"/> Escova de Dente <input type="checkbox"/> Pasta de Dente <input type="checkbox"/> Shampoo			
Observações:			
Nome do (a) Tutor(a):		Telefone/Whatsapp:	
Endereço:			
Serviços Solicitados			
<input type="checkbox"/> Banho R\$ <input type="text"/> <input type="checkbox"/> Desembolo R\$ <input type="text"/> <input type="checkbox"/> Escovar Dentes R\$ <input type="text"/>			
<input type="checkbox"/> Hidratação R\$ <input type="text"/> <input type="checkbox"/> Unhas R\$ <input type="text"/> <input type="checkbox"/> <input type="text"/> R\$ <input type="text"/>			
<input type="checkbox"/> Tosa R\$ <input type="text"/> <input type="checkbox"/> Tosa Higiénica <input type="checkbox"/> Tosa na Tesoura <input type="checkbox"/> Tosa na Máquina			
<input type="checkbox"/> Tosa Padrão Comprimento/ Altura dos Pelos <input type="text"/> CM			
Pós Banho		Total Serviços R\$ <input type="text"/>	
Adereços/ Acessórios? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não		Perfume? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	
Análise Visual do Animal			
<input type="checkbox"/> Pulgas/Carrapatos <input type="checkbox"/> Verrugas <input type="checkbox"/> Secreções Genitais <input type="checkbox"/> Olhos <input type="checkbox"/> Ouvidos <input type="checkbox"/> Pele <input type="checkbox"/> <input type="text"/>		Doenças Pré Existente: <input type="text"/>	
		Doença Canal Auditivo / Otite: <input type="text"/>	
		Doença de Pele: <input type="text"/>	
Horário de Entrada / Horário de Saída:		Profissional: <input type="text"/>	
		Data: <input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>	
Declaro estar ciente das possíveis anormalidades e ter recebido em perfeito estado bem como os serviços realizados de acordo com o solicitado. Autorizo o registro fotográfico do trabalho realizado (Antes e Depois) para efeitos de documentação e divulgação em books, redes sociais ou qualquer material publicitário.			
Cliente: <input type="text"/>		Data e Horário: <input type="text"/>	

Bicho Chic

Eko Pet

Creche & Hotel

Banho e Tosa

CHECKLIST

Nome do Pet:	Raça/Pelagem:	Idade: <input type="checkbox"/> Meses <input type="checkbox"/> Ano(s)	Espécie: <input type="checkbox"/> Canino <input type="checkbox"/> Felino
<input type="checkbox"/> Macho <input type="checkbox"/> Fêmea <input type="checkbox"/> Castrado <input type="checkbox"/> Alérgico <input type="checkbox"/> Hora Marcada <input type="checkbox"/> Encaixe <input type="checkbox"/> Pacote <input type="checkbox"/> Táxi Dog			
Objetos entregues com o animal: <input type="checkbox"/> Coleira <input type="checkbox"/> Guia <input type="checkbox"/> Enforcador <input type="checkbox"/> Retrátíl <input type="checkbox"/> Peitoral <input type="checkbox"/> Escova de Dente <input type="checkbox"/> Pasta de Dente <input type="checkbox"/> Shampoo			
Observações:			
Nome do (a) Tutor(a):		Telefone/Whatsapp:	
Endereço:			
Serviços Solicitados			
<input type="checkbox"/> Banho R\$ <input type="text"/> <input type="checkbox"/> Desembolo R\$ <input type="text"/> <input type="checkbox"/> Escovar Dentes R\$ <input type="text"/>			
<input type="checkbox"/> Hidratação R\$ <input type="text"/> <input type="checkbox"/> Unhas R\$ <input type="text"/> <input type="checkbox"/> <input type="text"/> R\$ <input type="text"/>			
<input type="checkbox"/> Tosa R\$ <input type="text"/> <input type="checkbox"/> Tosa Higiénica <input type="checkbox"/> Tosa na Tesoura <input type="checkbox"/> Tosa na Máquina			
<input type="checkbox"/> Tosa Padrão Comprimento/ Altura dos Pelos <input type="text"/> CM			
Pós Banho		Total Serviços R\$ <input type="text"/>	
Adereços/ Acessórios? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não		Perfume? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	
Análise Visual do Animal			
<input type="checkbox"/> Pulgas/Carrapatos <input type="checkbox"/> Verrugas <input type="checkbox"/> Secreções Genitais <input type="checkbox"/> Olhos <input type="checkbox"/> Ouvidos <input type="checkbox"/> Pele <input type="checkbox"/> <input type="text"/>		Doenças Pré Existente: <input type="text"/>	
		Doença Canal Auditivo / Otite: <input type="text"/>	
		Doença de Pele: <input type="text"/>	
Horário de Entrada / Horário de Saída:		Profissional: <input type="text"/>	
		Data: <input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>	
Declaro estar ciente das possíveis anormalidades e ter recebido em perfeito estado bem como os serviços realizados de acordo com o solicitado. Autorizo o registro fotográfico do trabalho realizado (Antes e Depois) para efeitos de documentação e divulgação em books, redes sociais ou qualquer material publicitário.			
Cliente: <input type="text"/>		Data e Horário: <input type="text"/>	