

ANEXO VII

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO PARA REALIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO E TRATAMENTO CLÍNICO OU PÓS-CIRÚRGICO

Identificação do Médico-Veterinário (nome, endereço completo, inscrição no CRMV, e-mail, telefone) e, se for o caso, Identificação do estabelecimento (nome, endereço completo, CNPJ, Inscrição Estadual e Registro no CRMV)

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO PARA REALIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO E TRATAMENTO CLÍNICO OU CIRÚRGICO

Declaro o livre consentimento para a realização de internação e tratamento(s) necessário(s) no animal abaixo identificado, a ser realizado pelo(a) Médico(a) Veterinário(a) CRMV-.....

Identificação do animal (nome, sexo, raça, idade real ou presumida, cor de pelagem ou plumagem, sinais particulares, tatuagem, brinco, **microchip**, registro genealógico e, conforme o caso, resenha detalhada):

.....
.....

Declaro, ainda, ter sido esclarecido(a) acerca dos possíveis riscos inerentes à situação clínica do animal, bem como do(s) tratamento(s) proposto(s), estando o(a) referido(a) profissional isento(a) de quaisquer responsabilidades decorrentes de tais riscos.

Observações de interesse a serem fornecidas pelo(a) Médico(a) Veterinário(a):

.....
.....

Observações de interesse a serem fornecidas pelo(a) tutor(a)/proprietário(a)/responsável:

.....
.....

Identificação do(a) responsável pelo animal:

Nome:

CPF:

Endereço completo:

Cidade, __ de _____ de ____.

Assinatura do(a) responsável pelo animal

(documento a ser emitido em 2 vias: 1ª via: médico-veterinário; 2ª via: proprietário, tutor/responsável)