ANEXO VII

TERMO DE AUTORIZAÇÃO PARA REALIZAÇÃO DE PROCEDIMENTOS

 ANESTÉSICOS E CIRÚRGICOS

Autorizo a realização dos procedimentos anestésicos e cirúrgicos necessários ao:

Nome do animal:.................................................................. Espécie: .............................

Raça: ............................................................................. Sexo: .................. Idade: .................. Pelagem (Cor/tipo): ...................................................................................................................

Outras informações: ………..............................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................

Procedimentos a serem realizados pelo(a) Médico(a) Veterinário(a): …..................................

......................................................................................................................................................................................................................................... CRMV-ES n°.......................................

Identificação do responsável pelo animal:

Nome/Razão Social: ................................................................................................................

RG:................................................................ CPF/CNPJ: .......................................................

Endereço completo: ……...........................................................................................................

……………………………………………………………………………………………………………

Telefone(s): (.......)...................................................................................... e-mail: ...................

……………………………….

( ) Animal realizou exames de risco cirúrgico

( ) Animal NÃO realizou exames de risco cirúrgico

Declaro que fui esclarecido, como tutor/responsável pelo animal, acerca dos possíveis riscos inerentes, durante ou após a realização do(s) procedimento(s) proposto(s), estando o referido profissional isento de quaisquer responsabilidades decorrentes de tais riscos.

Declaro, ainda, estar ciente de que na ausência de informação segura de minha parte com relação à prenhez ou de sinais explícitos de tal estado, responsabilizo-me e autorizo a castração, especialmente diante das consequências desfavoráveis ou fatais da anestesia para os fetos.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_\_\_\_.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Assinatura do tutor/responsável pelo animal