



Médico(a) Veterinário(a): _____

CRMV-RJ N°: _____ E-mail: _____

Endereço: _____

Cidade: _____ UF: _____ CEP: _____

Estabelecimento: _____

CNPJ: _____ Registro no CRMV-RJ: _____ IE: _____

Endereço: _____

Cidade: _____ UF: _____ CEP: _____

**Declaro o livre consentimento para a realização do procedimento cirúrgico de
no animal abaixo identificado, a ser realizado pelo(a) Médico(a) Veterinário(a)
CRMV-RJ _____**

Nome do animal: _____ Sexo: () Macho () Fêmea

Raça: _____ Idade (real ou presumida): _____ Cor: _____

Tatuagem: _____ Brinco: _____ Microchip: _____

Registro Genealógico: _____

Outras Informações: _____

**Declaro, ainda, ter sido esclarecido(a) acerca dos riscos inerentes, durante ou após a
realização do procedimento cirúrgico citado, 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) responsável: _____

Responsável pelo animal: _____

CPF: _____

Endereço: _____

Cidade: _____ UF: _____ CEP: _____

Local e data: _____ de _____ de _____

Assinatura do(a) Responsável pelo animal

Deve ser emitido em 2 vias:

1ª via:
Médico(a) Veterinário(a)

2ª via:
Responsável