



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

Médico(a) Veterinário(a): _____

CRMV-RJ Nº: _____ E-mail: _____

Endereço: _____

Cidade: _____ UF: _____ CEP: _____

Estabelecimento: _____

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

Endereço: _____

Cidade: _____ UF: _____ CEP: _____

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-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 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) 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