



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 que foi esclarecido ao ora subscritor que o animal abaixo identificado não obteve alta médica e que há recomendação para manter o animal em internação em estabelecimento médico veterinário apropriado.

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

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

Tatuagem: _____ Brinco: _____ Microchip: _____

Registro Genealógico: _____

Outras Informações: _____

Declaro ainda que estou ciente de que há riscos de agravamento da doença, inclusive morte, e que assumo inteira responsabilidade por esse ato.

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