



**TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO DE DOAÇÃO
DE CORPO DE ANIMAL PARA FINS DE ENSINO E PESQUISA**

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 sobre a doação do corpo do animal abaixo identificado.

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 da destinação do corpo para fins de estudo e pesquisa.

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