

TERMO DE CONSENTIMENTO PARA REALIZAÇÃO DE PROCEDIMENTO TERAPÊUTICO DE RISCO

Médico(a)-Veterinário(a): _____

E-mail: _____ CRMV-SC N°: _____

Endereço: _____

Cidade: _____ UF: _____ CEP: _____

Telefone: _____ Estabelecimento: _____

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

Endereço: _____

Cidade: _____ UF: _____ CEP: _____

Declaro o livre consentimento para a realização do(s) procedimento(s) terapêutico(s) de risco

no animal abaixo identificado, a ser realizado pelo(a) Médico(a) Veterinário(a) CRMV-SC

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

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

Sinais particulares: _____ Tatuagem: _____ Brinco: _____

Microchip: _____ Registro Genealógico: _____

Outras informações: _____

Declaro, ainda, ter sido esclarecido(a) acerca dos possíveis riscos inerentes, durante ou após a realização do(s) procedimento(s) terapêutico(s), estando o referido o(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: _____

Cidade e data: _____, _____ de _____ de _____

Assinatura do(a) responsável pelo animal

Deve ser emitido em 2 vias.
1º via: Médico(a)-Veterinário(a)
2º via: Responsável