TERMO DE ESCLARECIMENTO PARA A RETIRADA DE ANIMAL DO SERVIÇO VETERINÁRIO SEM ALTA MÉDICA

Médico(a)-Veterinário(a): _____

E-mail: _____ CRMV-SC Nº: _____

Endereço: _____

Cidade: _____ UF: _____ CEP: _____

Telefone: _____ Estabelecimento: _____

CNPJ: _____ Registro no CRMV-SC: _____ 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: ( )Fêmea ( ) Macho

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

Sinais particulares: _____ 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: _____

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

Este documento está em acordo com a Resolução CFMV Nº 1321/2020, na forma do Anexo X

CRMV SC
Conselho Regional de Medicina Veterinária do Estado de Santa Catarina