

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

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 sobre a doação do corpo do animal abaixo identificado.

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 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: \_\_\_\_\_

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