



ANEXO VIII

TERMO DE AUTORIZAÇÃO PARA REALIZAÇÃO DE PROCEDIMENTOS ANESTÉSICOS E CIRÚRGICOS

Autorizo a realização dos procedimentos anestésicos e cirúrgicos necessários ao:
(Nome do animal): Espécie:
Raça:..... Sexo:..... Idade:..... Pelagem:
outras informações.....

Procedimentos a serem realizados pelo (a) Médico (a) Veterinário (a):
..... - CRMV-MG
nº..... Identificação do responsável pelo animal: Nome/Razão Social:
.....RG
.....CPF/CNPJ:
Endereço completo:Telefone:
(.....)..... E-mail:

() Animal realizou exames de risco cirúrgico

() Animal NÃO realizou exames de risco cirúrgico Declaro que fui esclarecido, como

tutor/responsável pelo animal, acerca dos possíveis riscos inerentes, durante ou após a realização do(s) procedimento(s) proposto(s), estando o referido profissional isento de quaisquer responsabilidades decorrentes de tais riscos. Declaro, ainda, estar ciente de que na ausência de informação segura de minha parte com relação à prenhez ou de sinais explícitos de tal estado, responsabilizo-me e autorizo a castração, especialmente diante das consequências desfavoráveis ou fatais da anestesia para os fetos.

_____, ____ de _____ de _____.

Assinatura do tutor/responsável pelo animal