

# TERMO DE CONSENTIMENTO PARA REALIZAÇÃO DE PROCEDIMENTO CIRÚRGICO

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 procedimento cirúrgico de**

**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 procedimento cirúrgico citado, estando o(a) referido(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