



## **CAMPANHA DE CASTRAÇÃO**

**TUTOR OU RESPONSÁVEL:** \_\_\_\_\_ **DATA DA CIRURGIA:** \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

**NOME:** \_\_\_\_\_

**ENDEREÇO:** \_\_\_\_\_

**BAIRRO:** \_\_\_\_\_ **CIDADE:** \_\_\_\_\_ **TEL: (\_\_\_)** \_\_\_\_\_

**RG:** \_\_\_\_\_ **CPF:** \_\_\_\_\_

## **TERMO DE RESPONSABILIDADE E AUTORIZAÇÃO PARA ANESTESIA E CIRURGIA**

Desejo esterilizar meu(s) animal (is) abaixo discriminado(s) e autorizo a aplicação de sedativos e/ou anestésicos necessários para os procedimentos cirúrgicos, declarando que fui informado/a que estes procedimentos podem apresentar complicações, mesmo quando aplicados com perícia e prudência. Declaro estar ciente dos riscos anestésicos, sendo o óbito um deles. Autorizo o Médico Veterinário responsável pela campanha de castração Dra. Michelle Arcuri - CRMV-SP 28948, a realizar o procedimento cirúrgico, nada podendo reivindicar em qualquer momento. Declaro também que meu animal está com a vacinação completa (v8 e raiva para canino e tríplice e raiva para felinos), aplicados há menos de um ano e vermifugado há pelo menos seis meses. Caso esses procedimentos não tenham sido feitos, reconheço que os riscos por doenças pré-existentes ou incubadas são maiores. Responsabilizo-me por cumprir as orientações recebidas aqui quanto ao pré-operatório e pós-operatório e receituário do meu animal e assumo todos os encargos de eventuais complicações que possam ocorrer, nada podendo reclamar ou exigir do médico veterinário acima citado e responsável pelo procedimento. Sendo que ele não se responsabiliza se acaso o animal for encaminhado a outro veterinário, sem prévia autorização do cirurgião responsável.

### **DADOS DOS ANIMAIS**

ESPÉCIE/SEXO \_\_\_\_ NOME \_\_\_\_\_ D.N \_\_\_\_ MICROCHIP \_\_\_\_\_

**Por ter lido e concordo com os termos acima, assino a presente autorização.**

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_.

\_\_\_\_\_  
**Ass. Do Tutor OU Responsável**

