



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 _____

ESPÉCIE/SEXO ____ NOME _____ D.N ____ MICROCHIP _____

ESPÉCIE/SEXO ____ NOME _____ D.N ____ MICROCHIP _____

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

