

DECLARAÇÃO DE NÃO AUTORIZAÇÃO DE PROCEDIMENTOS E/ OU EXAMES

Ficha Clínica nº:

Nome do Animal:

Espécie:

Raça:

Idade:

Sexo:

Pelagem:

Nome do proprietário:

CPF:

RG:

Endereço:

Nº

Cidade:

CEP:

Telefones:

E-mail:

Declaro ter sido cientificado pelo médico-veterinário:

CRMV

,responsável pelo caso, sobre o procedimen-

to/exame indicado -

e compreendi todas as explicações, mas **NÃO AUTORIZO** o referido procedimento no animal acima identificado. Estou ciente de que a não realização do procedimento/exame poderá prejudicar o diagnóstico e a indicação do correto tratamento do meu animal pelo médico-veterinário, sendo de minha total responsabilidade as consequências dessa decisão, não havendo o que possa reclamar em qualquer oportunidade.

Maceió, de de

(Assinatura do responsável pelo animal)

