

# TERMO DE AUTORIZAÇÃO PARA PROCEDIMENTO CIRÚRGICO

Autorizo a realização do procedimento cirúrgico.....no animal de nome....., espécie....., raça....., sexo ....., idade (real ou aproximada) ....., pelagem ....., outras informações que possibilitem a identificação do animal (ex. microchip)..... a ser realizado pelo(a) Médico(a) Veterinário(a) ..... CRMV-.....

## Identificação do responsável pelo animal:

Nome.....  
RG..... CPF.....  
Endereço completo.....  
Telefone/email.....

Declaro ter sido esclarecido acerca dos possíveis riscos inerentes, durante ou após a realização do procedimento cirúrgico citado, estando o referido profissional isento de quaisquer responsabilidades decorrentes de tais riscos.

Maceió, ....., de ..... de .....

Assinatura do Responsável

.....

